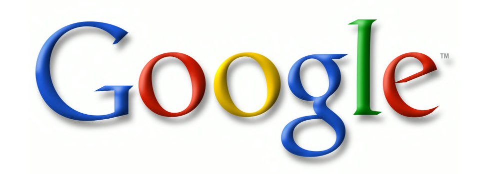
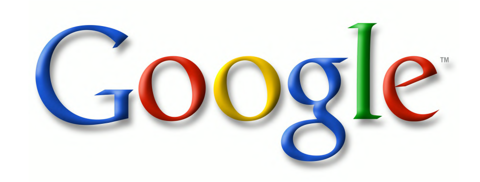




ARCHIVES

DE

NEUROLOGIE

ARCHIVES

DE

NEUROLOGIE

REVUE MENSUELLE
DES MALADIES NERVEUSES ET MENTALES

FONDÉE PAR **J.-M. CHARCOT & BOURNEVILLE**

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE MM.

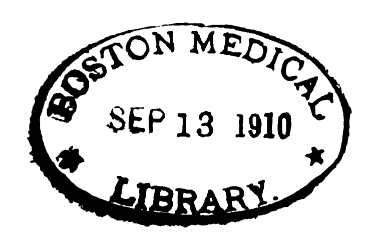
V. MAGNAN
Membre de l'Académie de médecine.
Médecin de l'Asile clinique (Ste-Anne).

PITRES
Professeur de clinique des maladies du système nerveux à la Faculté de médecine de Bordeaux.

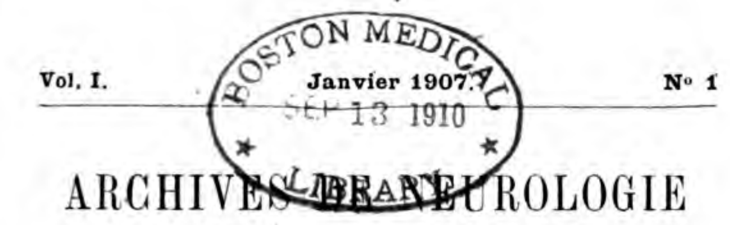
Troisième série, tome I. — 1907.
Avec 36 figures dans le texte.

PARIS
BUREAUX DU *PROGRÈS MÉDICAL*
14, *rue des Carmes*

1907


BOSTON MEDICAL
SEP 13 1910
LIBRARY.


CATALOGUED
SEP 13 1910
J. F. B.



Vol. I. Janvier 1907. N° 1

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE MENTALE

Contribution à l'étude de l'œil chez les aliénés

Travail du laboratoire de l'asile d'Amiens

PAR MM. LES DOCTEURS

A. MÉZIE
Interne à l'asile d'Amiens

P. BAILLIART
Médecin aide-major de 1re classe, ancien assistant de clinique ophtalmologique.

Contrôler les résultats des nombreuses études déjà faites sur l'appareil de la vision dans les névroses, les intoxications, la paralysie générale et certaines catégories d'aliénés ; étendre en outre dans la mesure du possible, le domaine des connaissances actuelles, en ce qui concerne plus particulièrement le champ visuel des aliénés ; tel est le but de notre travail. L'idée première nous en a été fournie par M. le Dr Charon, médecin en chef, directeur de l'asile, qui nous a également aidés de ses conseils autorisés.

Nos recherches ont porté dans le champ clinique mis à notre disposition sur toutes les catégories d'aliénés. Plus de deux cents sujets ont été examinés ; sur ce nombre nous n'avons retenu que ceux dont les observations prises sans aucune idée préconçue, nous ont semblé offrir toutes les garanties d'exactitude et de sincérité.

C'est en les examinant et en les classant que nous sommes arrivés aux conclusions que nous nous efforcerons de dégager ici.

Nous avons recueilli un grand nombre de champs visuels, variant de 3 à 84 par malade. Avec de la patience et de la méthode, il nous a toujours paru aisé d'obtenir, sinon dès les premières séances, au moins au bout de quel-

ques-unes, des renseignements exacts et parfaitement concordants des sujets les plus difficiles.

Les champs visuels ont toujours été pris par le même opérateur, en se plaçant autant que possible, dans les mêmes conditions d'éclairage. L'instrument employé a été le périmètre de Landolt.

Pour obtenir le champ visuel-type, nous avons déterminé le champ de cinquante sujets absolument normaux, choisis parmi les infirmiers de l'Asile ; la moyenne des résultats obtenus a permis d'établir les limites du champ visuel moyen normal. C'est en comparant au type ainsi obtenu les champs des malades examinés, que nous avons pu les diviser en champs *rétrécis*, *élargis*, et *à oscillations*.

Ce travail a été divisé en deux chapitres distincts : *dans le premier* seront exposés les résultats de l'examen des champs visuels ; *le second* sera consacré à l'étude de l'appareil de la vision proprement dit. Pour éviter les redites, et échapper autant que possible à la monotonie par la reproduction intégrale de toutes les observations qui forment notre dossier, nous les avons groupées par lettres alphabétiques, et numérotées, et nous ne publierons que celles qui nous ont paru les plus caractéristiques pour chacun des cas.

CHAPITRE I. — CHAMP VISUEL.

A. CHAMPS CONSTAMMENT RÉTRÉCIS. — 1° *Dans les états délirants*. α. Systématisé avec hallucinations de la vue ; β. d'interprétation avec hallucinations de la vue ; γ. d'intoxication avec hallucinations de la vue.

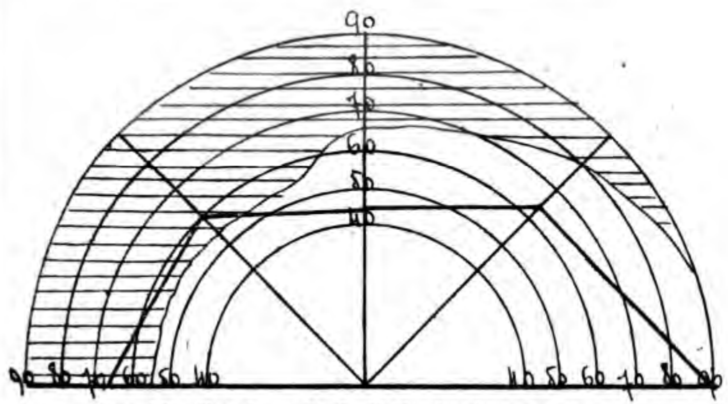
Les hallucinations de la vue sont toujours précédées par un rétrécissement du champ visuel, qui porte toujours en haut, le plus souvent en haut et en dehors. Ce rétrécissement est toujours semblable pour les deux yeux dans sa forme, parfois inégal comme degré.

Pendant toute la durée des troubles hallucinatoires, le rétrécissement persiste dans sa forme, et disparaît presque toujours en totalité avec eux.

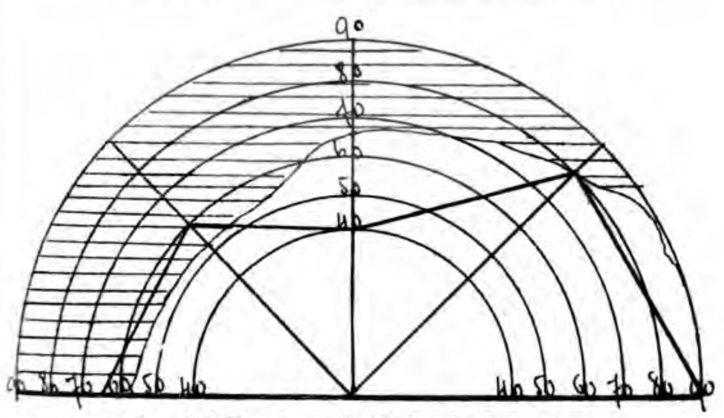
α *Systématisé avec hallucinations de la vue.*—OBS.122— Mme S... Elvire, femme R... 56 ans. Entrée à l'asile le 3 nov. 1900. Idées délirantes de persécution. Hallucinations psycho-sensorielles bila-

térales de l'ouïe (voix insultantes). Hallucinations passagères de la vue. Intégrité de la mémoire.

Huit examens périmétriques du champ visuel. Ci-dessous la partie supérieure de 2 tracés de l'œil gauche (fig. 1 et 2).



Obs. 122. Fig. 1. — O. G. Hallucinations de la vue.



Obs. 122. Fig. 2. — O. G. Etat de dépression.

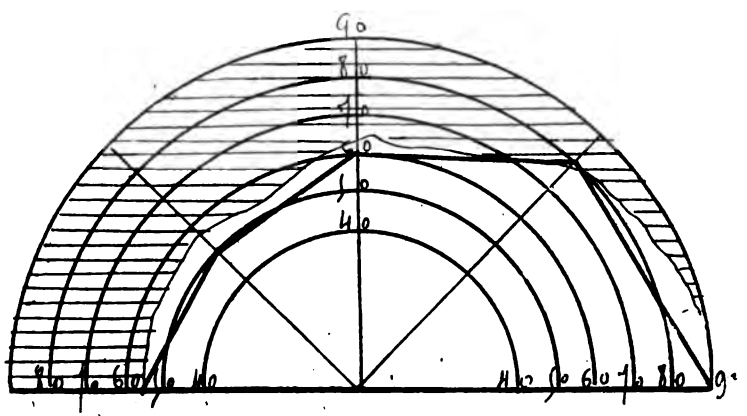
Le tracé n° 1, pris le 28 septembre, moment où la malade avait des hallucinations de la vue : (Ses persécuteurs venaient la narguer jusque dans la cour de l'asile), présente le rétrécissement du champ visuel caractéris-

tique du trouble hallucinatoire, portant en haut, en haut et en dehors.

Le tracé n° 2, pris le 2 novembre, la malade étant déprimée (Elle pleure, se lamente sur son sort) présente un rétrécissement du champ visuel, portant en haut, variation qui accompagne toujours comme nous le verrons plus loin, les états dépressifs.

β. ***D'interprétation avec hallucinations de la vue.*** — **Obs. 120. — Mme R..... Eudeline, femme B, 37 ans. Entrée à l'asile le 30 avril 1904. Transférée de l'asile de Villejuif (Seine).**

Prognatisme, voûte palatine élevée, oreilles mal conformées, regard fixe.



Obs. 120. Fig 3. — O. G. Hallucination de la vue.

Idées délirantes de persécution. Hallucinations de l'ouïe et de la vue, s'accompagnant de réactions violentes, incohérence, amnésie progressive.

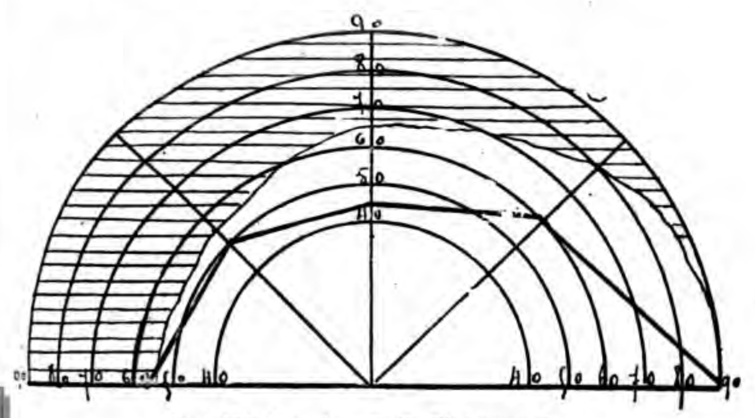
6 examens périmétriques du champ visuel. Ci-dessous la partie supérieure de deux tracés de l'œil gauche (fig. 3 et 4).

Le tracé n° 3 pris le 11 juillet, la malade n'éprouvant aucun trouble, est normal.

Le tracé n° 4, pris le 31 juillet à 3 heures de l'après-midi, la malade ayant eu des hallucinations terrifiantes la nuit précédente à 10 heures du soir. (Effrayée par une boule de feu qui se promenait dans le dortoir, elle s'en-

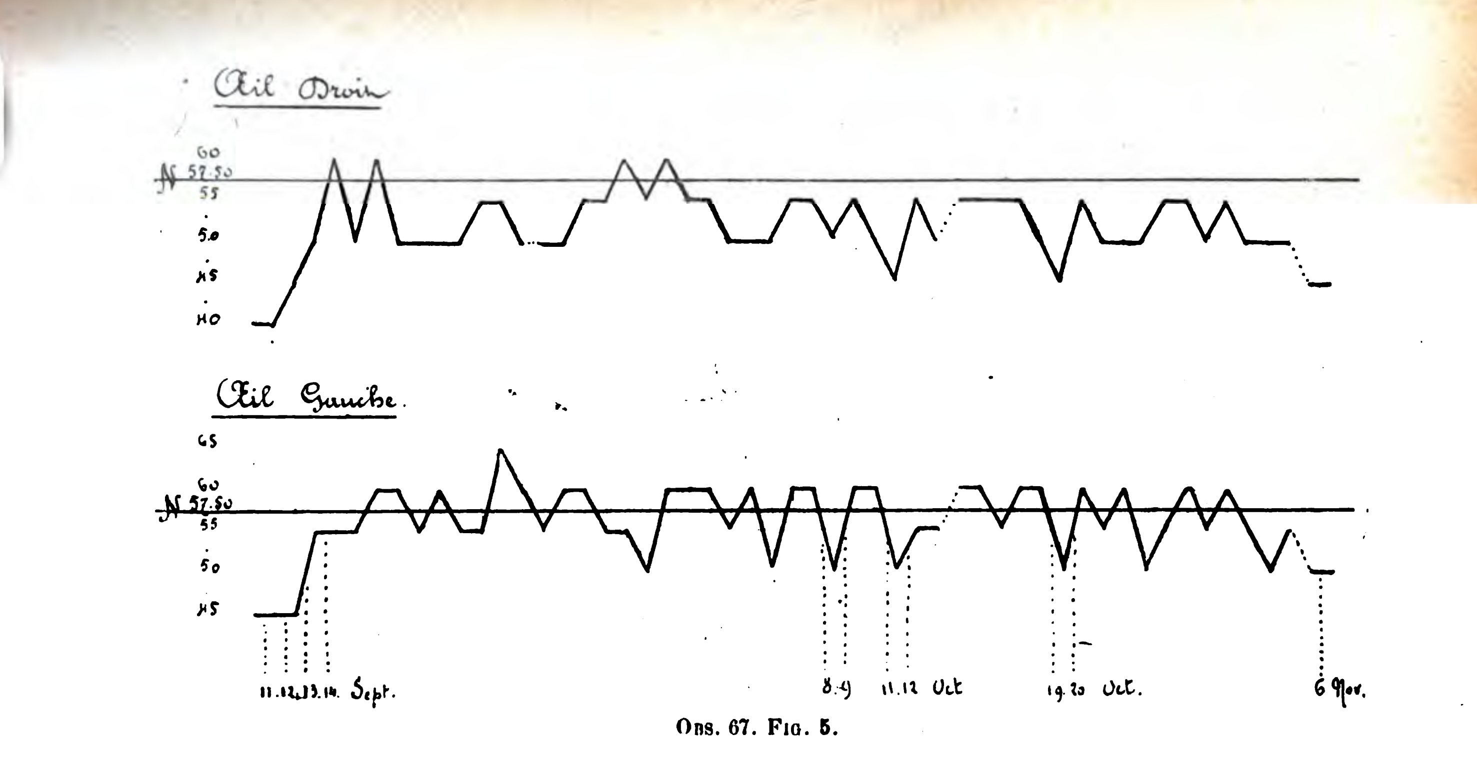
ferme dans les w. c. et appelle à l'aide) ; présente le rétrécissement caractéristique hallucinatoire, dix-sept heures après la cessation du trouble.

γ. *d'intoxication avec hallucinations de la vue.* — OBS. 67. — M. G..... Alfred, 34 ans, entré à l'asile le 10 janvier 1906. Désordre des actes, tremblement généralisé surtout marqué aux doigts et à la langue, diminution de la sensibilité générale, exagération des réflexes tendineux, digestions pénibles. Insomnie. Otite externe droite. Idées délirantes de persécution à base d'interprétations. Hallucinations psycho-sensorielles de l'ouïe. Hallucinations franches de la vue. Cinquante examens périmétriques complets. Les variations de l'étendue du champ visuel en haut sont indiquées dans le tracé dc la fig. 5,



OBS. 120. FIG. 4. — O. G. Etat normal.

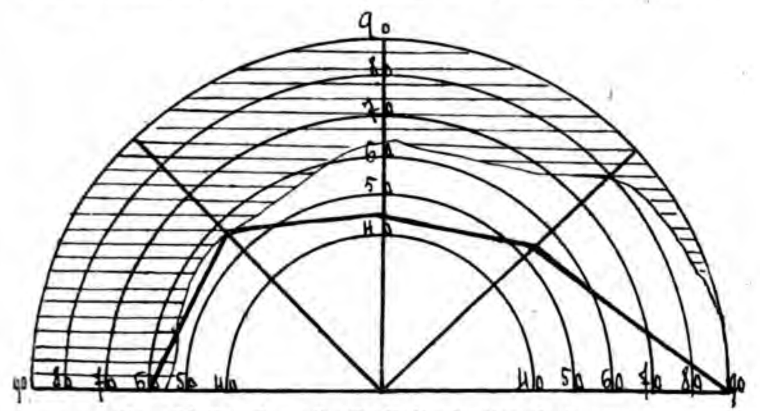
Le 11 *septembre.* Rétrécissement notable pour les 2 yeux, hallucinations intenses, le malade voit des couleurs (bleu marron, rouge comme du feu). *Le* 12. N'en voit plus que par instant, le champ monte pour l'œil droit. *Le* 13. Il se sent bien, on a une élévation pour les 2 yeux. *Le* 8 *octobre.* Abaissement des 2 yeux, le malade est déprimé. *Le* 9. Il est bien, le champ s'élève nettement pour les 2 yeux. *Le* 11. Nouvel abaissement du champ visuel avec état dépressif. Elévation le lendemain. *Le* 19. Abaissement du champ visuel pour les 2 yeux, avec rétrécissement notable en haut et en dehors; hallucinations intenses de la vue (le malade voit sa femme et ses enfants, qui lui font des signes par-dessus le mur de sa section). *Le* 20. Il est calme, le champ redevient normal. *Le* 16 *nov.*



Œil Droit
60
N 57.50
55
5.0
45
40
Œil Gauche
65
60
N 57.50
55
50
45
11.12.13.14. Sept.
8.9
11.12 Oct
19.20 Oct.
6 Nov.

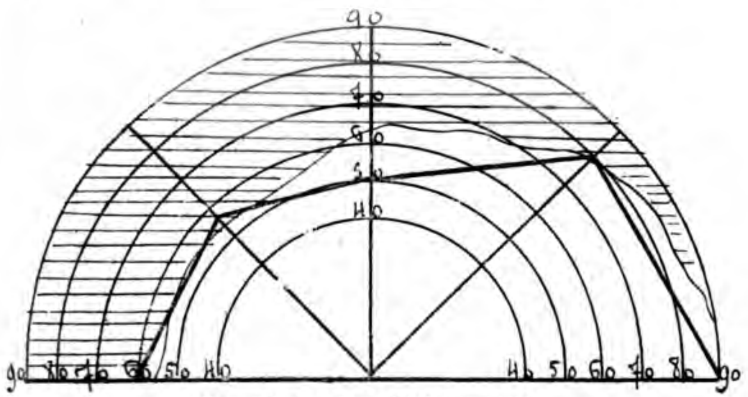
Obs. 67. Fig. 5.

Abaissement pour les 2 yeux, rétrécissement en haut et en dehors, hallucinations intenses. Ci-dessous la partie supérieure des tracés du 11 septembre, et du 8 octobre pour l'œil gauche (fig. 6 et 7).



Obs. 67. Fig. 6. — O. G. Hallucination de la vue.

La figure 6 présente les rétrécissements en haut, en haut et en dehors, caractéristiques des hallucinations



Obs. 67. Fig. 7. — Etat dépressif.

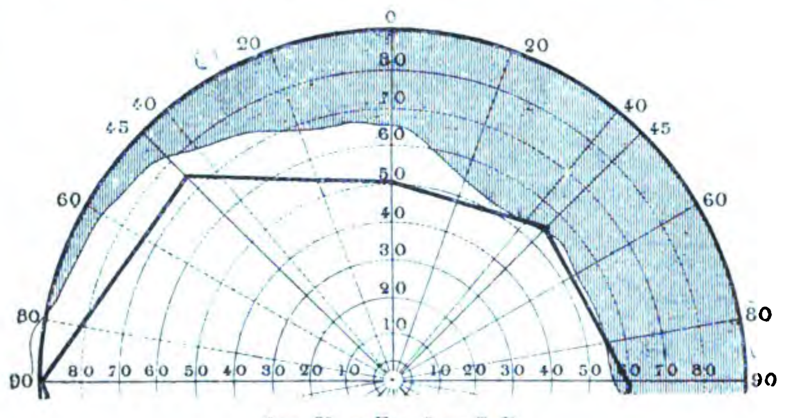
de la vue. La figure 7 est rétrécie en haut, comme il arrive toujours dans les états dépressifs.

2° *Dans les états s'accompagnant de troubles de l'activité*

générale. α. Etats mélancoliques délirants ; β. Etats mélancoliques anxieux.

Pour n'importe quel malade tout état de dépression est annoncé par un rétrécissement du champ visuel constant en haut (1). Il est parallèle à l'état même du sujet, et cesse d'exister avec le trouble. On le trouve dans tous les états mélancoliques ; mais il s'y rencontre rarement pur (2), le plus souvent il est associé à d'autres variations du champ visuel, dues à des troubles surajoutés.

α. *Etat mélancolique délirant.*—Obs. 23. — Mme C....., femme D... âgée de 48 ans. Entrée à l'asile le 23 mars 1906. Affaissement, diminution de la sensibilité générale et des réflexes tendineux, gastro-



Obs. 23. — Fig. 8. — O. D.

entérite ancienne, pharyngite granuleuse. Idées de ruine, d'indignité, auto-accusation, illusions de l'ouïe, de la vue et du goût, tentatives puériles de suicide. Cinq examens périmétriques. Ci-dessus la partie supérieure de celui du 3 nov. 1906 (fig. 8 et 9).

Ce tracé présente en haut le rétrécissement de l'état dépressif, ainsi qu'un léger rétrécissement en haut et en dehors, dû à des illusions visuelles.

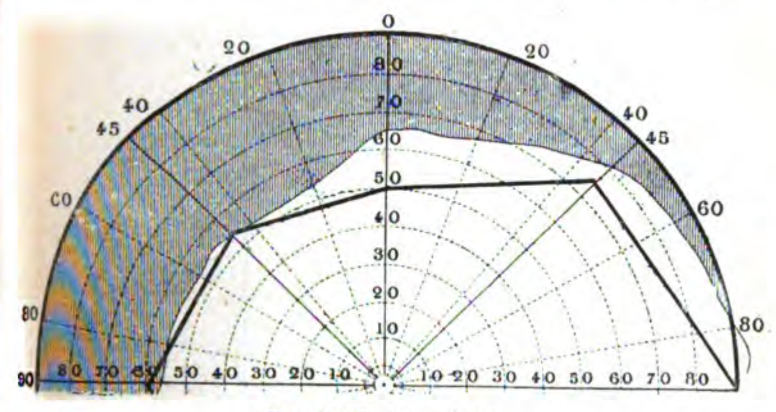
(1) Nous le signalons plusieurs fois au cours de notre travail.
(2) Il ne nous a pas été donné d'examiner d'état mélancolique simple.

α. *Etat mélancolique anxieux.* — Obs. 126. — Mme Th.... femme D.., âgée de 45 ans. Entrée à l'asile le 6 août 1906. Microcéphalie. Voûte palatine élevée. Diminution de la sensibilité générale et des réflexes tendineux. Cyanose des extrémités. Insomnie. Anorexie, digestions pénibles. Leucorrhée. Petits accidents de brightisme.

Interprétations pessimistes de modifications cénesthésiques mal déterminées. Crises d'anxiété et de désespoir, sous l'influence desquelles elle a déjà fait plusieurs tentatives de suicide.

14 examens périmétriques. Ci-dessous le schéma des variations du champ visuel en haut (fig. 10).

20 *août.* Alitée se lamente et pleure. — 24 *août.* Levée se trouve mieux, travaille. — 12 sept. Rentrée du travail, parce qu'elle se sentait fatiguée. — 13 sept. Moins abattue. — 31 oct. Se dit com-



Obs. 23. Fig 9. — O. G.

plètement guérie (n'a plus de mauvaises idées), travaille. — 2 nov. Continue à être bien, etc..

3° *Dans les états démentiels congénitaux.* α. Imbécillité simple ; β. Imbécillité interprétante ; γ. Imbécillité délirante avec hallucinations de la vue ; δ Imbécillité avec stupidité. Ces démences s'accompagnent de rétrécissement du champ visuel, constant en haut, quelquefois global.

α. *Imbécillité simple.* — Obs. 17. — M. B...., Charles, 27 ans, entré à l'asile le 23 août 1906. — Taille au-dessous de la moyenne. Microcéphalie, prognatisme, oreilles mal conformées, voûte pala-

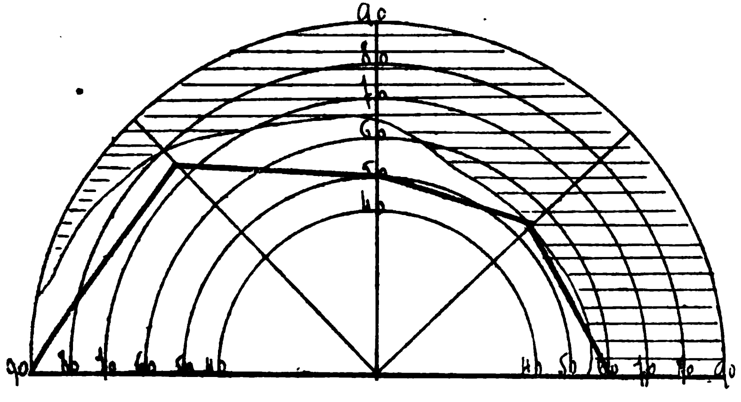
8

générale.
lancolique
Pour
est annon
tant en h
cesse d'e
états m
pur (2),
tions du

α. Etat
âgée de
nution

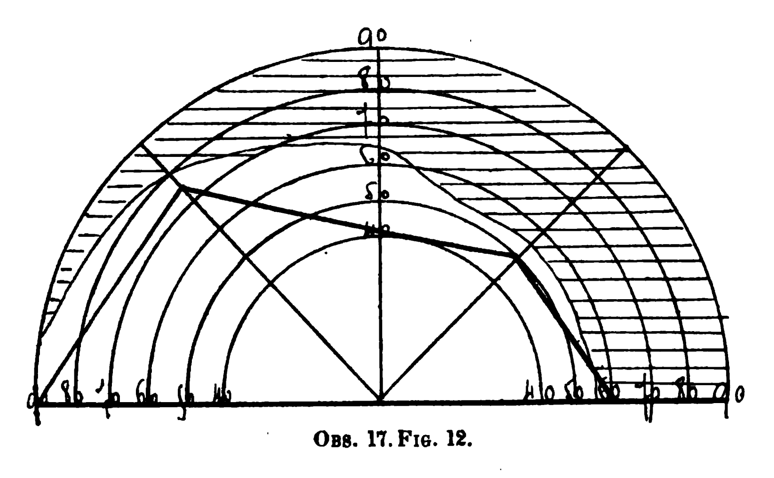
60

tine élevée, dentition mauvaise, excès alcooliques passagers. Arrêt de développement intellectuel et moral, instable, impulsions à l'incendie. — Transféré à l'asile de la prison d'A... où il était dé-



Obs. 17. Fig. 11.

tenu sous l'inculpation d'incendie volontaire. Quatre examens périmétriques.

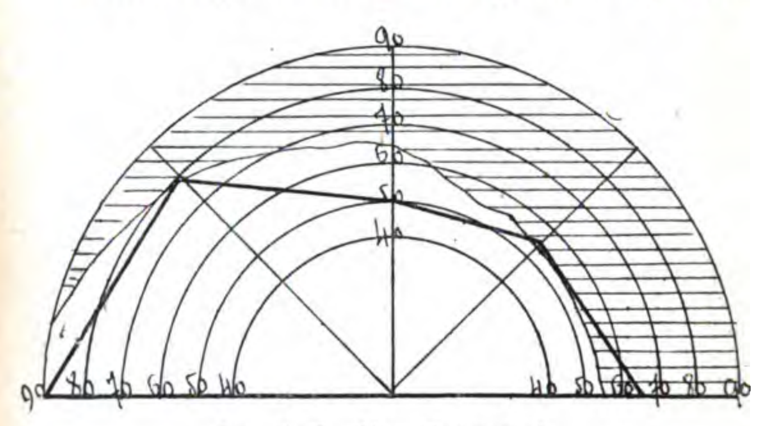


Obs. 17. Fig. 12.

Ci-dessus la partie supérieure de deux tracés de l'œil droit (fig. 11 et 12).

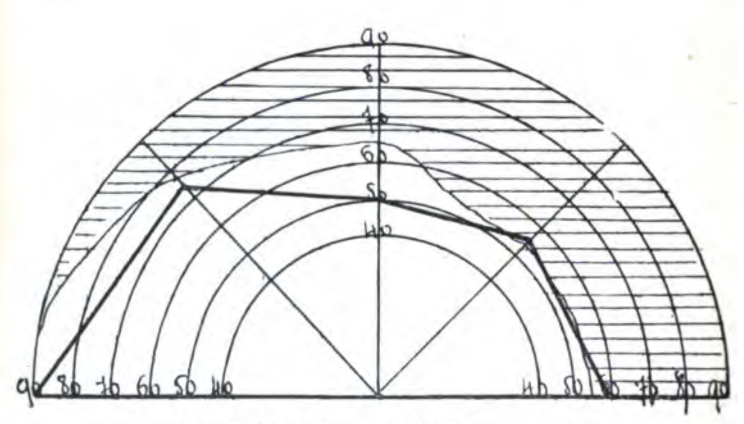
Le tracé 11 pris le 15 septembre représente le champ normal du sujet, rétréci en haut (le sujet travaille).

Le tracé 12 pris le 28 sept. Le sujet étant déprimé,



OBS. 40. FIG. 13. — Etat normal.

le rétrécissement du champ visuel en haut s'est accentué.



OBS. 40. FIG. 14. — Voit des brouillards.

β. *Imbécillité interprétante.* — OBS. 40. — Madame D..... Marie femme R....., 32 ans. Entrée à l'asile le 31 août 1906. Microcéphalie. Voûte palatine élevée, oreilles mal conformées, yeux petits, regard

sans expression. — Diminution quantitative de l'intelligence. — Indifférence affective. Irritabilité. Idées de persécution et de jalousie à base d'interprétations. — Quatre examens périmétriques concordants. Ci-dessus la partie supérieure de deux tracés pour l'œil droit (fig. 13 et 14).

Le tracé n° 13, pris le 3 septembre, représente le champ visuel normal du sujet. Le tracé n° 14, pris le 4 octobre, présente un léger rétrécissement en haut et en dehors (la malade voit comme des brouillards).

γ. *Imbécillité délirante avec hallucinations de la vue.* — Obs. 20. — M. C...., Eugène, âgé de 31 ans. Entré à l'asile le 16 août 1904. — Atrophie du massif inférieur de la face, oreilles mal conformées, voûte palatine élevée, tremblement généralisé surtout accusé à la langue et aux doigts, roulement présystolique. — Diminution quantitative et qualitative de l'intelligence. Idées délirantes de persécution, hallucinations psycho-sensorielles de l'ouïe, hallucinations franches de la vue, s'accompagnant de réactions violentes. — Soixante-cinq examens périmétriques complets pour le blanc.

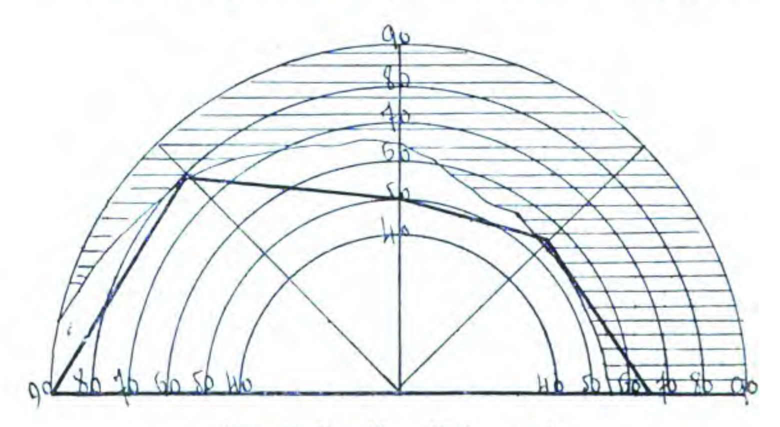
Ci-après le *schéma* des variations de l'étendue du champ visuel en haut (fig. 15).

Le 24 août. Rétrécissement portant sur les 2 yeux, hallucinations intenses (voit des gendarmes par-desssus les murs de la cour, leur lance des pierres). Les hallucinations continuent les 3 et 4 septembre. — *Le* 5. Un abaissement plus notable encore constaté à 4 heures de l'après-midi, amène son isolement le 6 au moment du lever,soit 14 heures après ; le soir même, le champ s'élève pour l'œil gauche, l'œil droit restant stationnaire, des hallucinations persistent, mais moins intenses. — *Le* 7. Le malade est calme. On a une ascension franche pour les 2 yeux. *Le* 10, ascension des deux yeux notable surtout pour l'œil droit ; *le* 11, le malade est très agité (les brigands l'insultent par derrière, mais *il ne les voit pas,* car ils sont enfermés), il y a un abaissement pour l'œil droit ; l'œil gauche restant stationnaire ; *le* 12, le malade est calme.— Le 21 ascension des 2 yeux, le lendemain agitation violente, sans hallucinations de la vue. — *Le* 20 *octobre,* abaissement notable de l'œil droit, le lendemain hallucinations de la vue, accompagnées de réactions très violentes (le malade lance des pierres à ses ennemis, frappe les murs pour les écraser, etc..), l'abaissement de l'œil gauche est constaté. *Le* 23, ascension notable pour les 2 yeux, le malade étant calme.

δ *Imbécillité avec stupidité.* — Obs. 117. Mme R... Elisa femme C..., 29 ans. Entrée à l'asile le 23 janv. 1906. — Front bas,

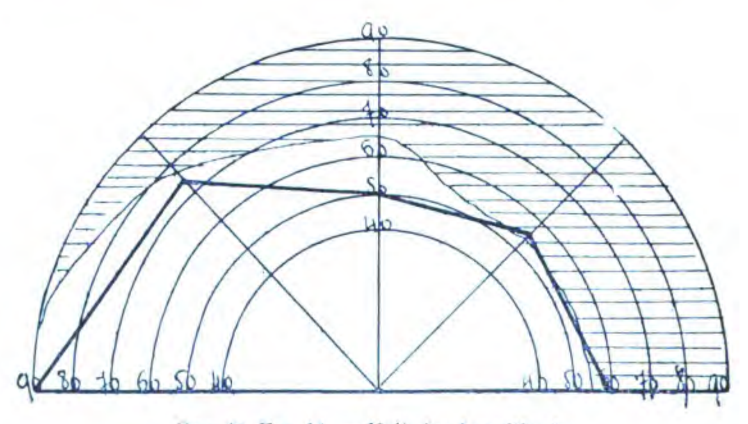
Le tracé 11 pris le 15 septembre représente le champ normal du sujet, rétréci en haut (le sujet travaille).

Le tracé 12 pris le 28 sept. Le sujet étant déprimé,



Obs. 40. Fig. 13. — Etat normal.

le rétrécissement du champ visuel en haut s'est accentué.



Obs. 40. Fig. 14. — Voit des brouillards.

3. *Imbécillité interprétante.* — Obs. 40. — Madame D..... Marie femme R...., 32 ans. Entrée à l'asile le 31 août 1906. Microcéphalie. Voûte palatine élevée, oreilles mal conformées, yeux petits, regard

sans expression. — Diminution quantitative de l'intelligence. — Indifférence affective. Irritabilité. Idées de persécution et de jalousie à base d'interprétations. — Quatre examens périmétriques concordants. Ci-dessus la partie supérieure de deux tracés pour l'œil droit (fig. 13 et 14).

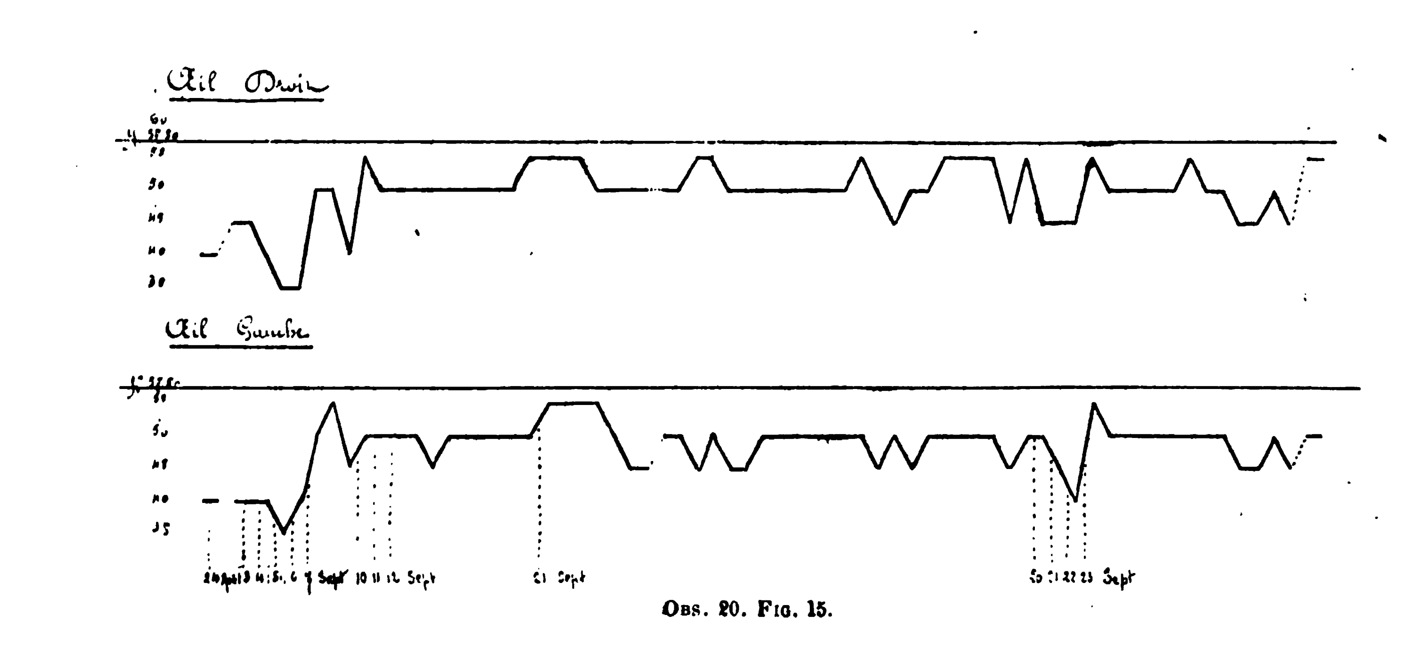
Le tracé nº 13, pris le 3 septembre, représente le champ visuel normal du sujet. Le tracé nº 14, pris le 4 octobre, présente un léger rétrécissement en haut et en dehors (la malade voit comme des brouillards).

γ. *Imbécillité délirante avec hallucinations de la vue.* — OBS. 20. — M. C...., Eugène, âgé de 31 ans. Entré à l'asile le 16 août 1904.— Atrophie du massif inférieur de la face, oreilles mal conformées, voûte palatine élevée, tremblement généralisé surtout accusé à la langue et aux doigts, roulement présystolique. — Diminution quantitative et qualitative de l'intelligence. Idées délirantes de persécution, hallucinations psycho-sensorielles de l'ouïe, hallucinations franches de la vue, s'accompagnant de réactions violentes. — Soixante-cinq examens périmétriques complets pour le blanc.

Ci-après le *schéma* des variations de l'étendue du champ visuel en haut (fig. 15).

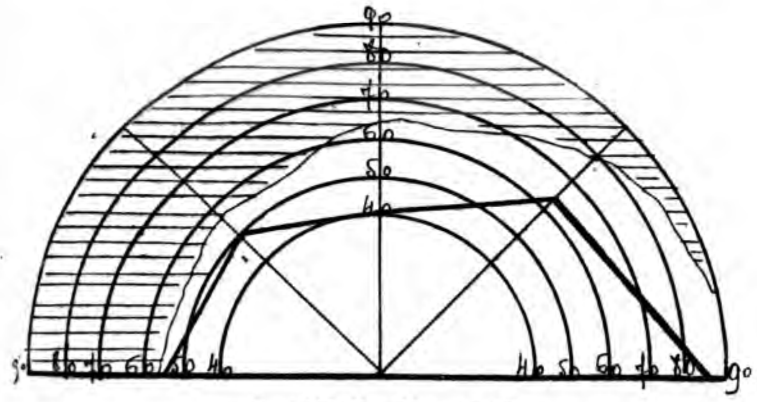
Le 24 *août*. Rétrécissement portant sur les 2 yeux, hallucinations intenses (voit des gendarmes par-desssus les murs de la cour, leur lance des pierres). Les hallucinations continuent les 3 et 4 septembre. — *Le* 5. Un abaissement plus notable encore constaté à 4 heures de l'après-midi, amène son isolement le 6 au moment du lever, soit 14 heures après ; le soir même, le champ s'élève pour l'œil gauche, l'œil droit restant stationnaire, des hallucinations persistent, mais moins intenses. — *Le* 7. Le malade est calme. On a une ascension franche pour les 2 yeux. *Le* 10, ascension des deux yeux notable surtout pour l'œil droit ; *le* 11, le malade est très agité (les brigands l'insultent par derrière, mais *il ne les voit pas*, car ils sont enfermés), il y a un abaissement pour l'œil droit ; l'œil gauche restant stationnaire ; *le* 12, le malade est calme.— Le 21 ascension des 2 yeux, le lendemain agitation violente, sans hallucinations de la vue. — *Le* 20 *octobre*, abaissement notable de l'œil droit, le lendemain hallucinations de la vue, accompagnées de réactions très violentes (le malade lance des pierres à ses ennemis, frappe les murs pour les écraser, etc..), l'abaissement de l'œil gauche est constaté. *Le* 23, ascension notable pour les 2 yeux, le malade étant calme.

δ *Imbécillité avec stupidité.* — OBS. 117. Mme R... Elisa femme C..., 29 ans. Entrée à l'asile le 23 janv. 1906. — Front bas,



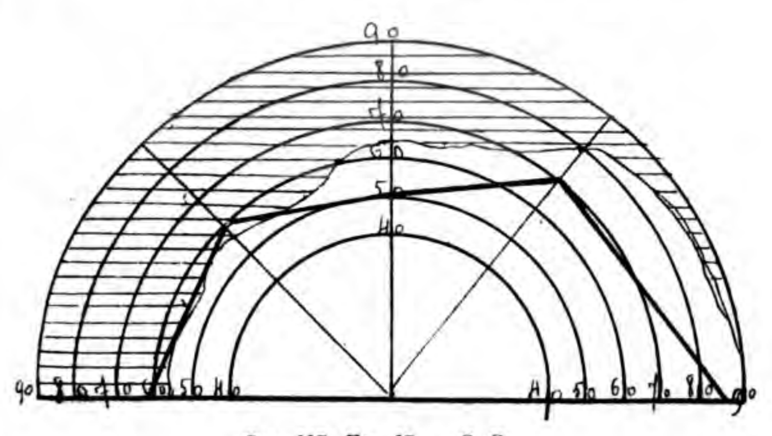
OBS. 20. FIG. 15.

étroit, oreilles mal conformées, voûte palatine élevée, regard sans expression. — Diminution de la sensibilité générale et des réflexes



OBS. 117. FIG. 16. — O. G.

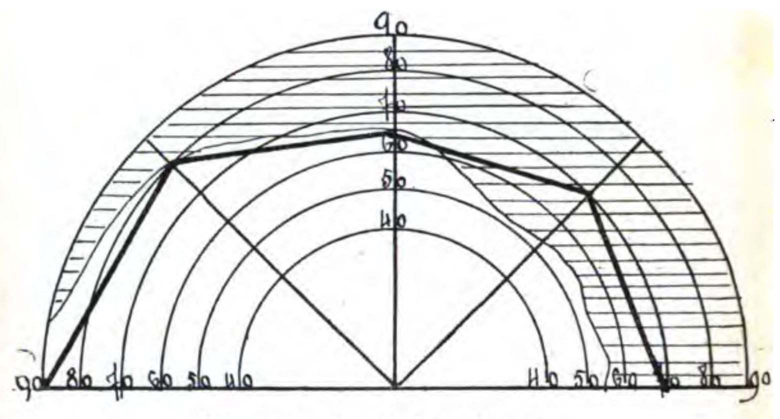
tendineux, attitude figée, mutisme, gâtisme. — Ce n'est qu'après de nombreuses séances que nous avons pu obtenir des examens



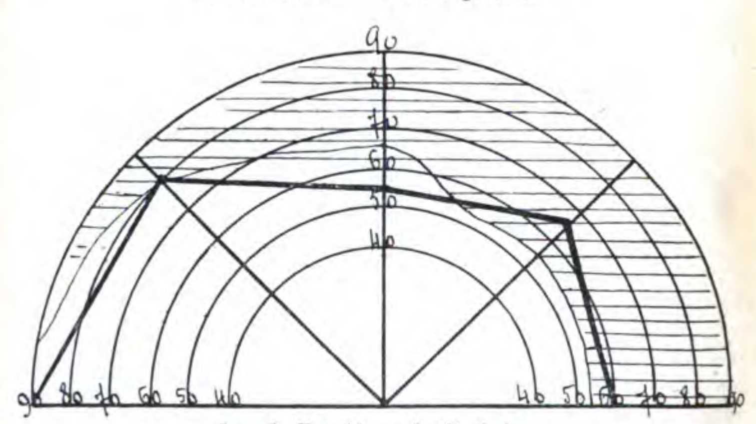
OBS. 117. FIG. 17. — O. G.

exacts ; nous en possédons neuf sensiblement concordants — Ci-dessus la partie supérieure de 2 tracés de l'œil gauche (fig. 16 et 17).

Le tracé 16, pris le 20 octobre, est plus rétréci que le tracé 17, la malade étant moins affaissée (1).



Obs. 8. Fig. 18. O. D. Agitation



Obs. 8. Fig. 19. — O. D. Calme.

(1) Il nous est arrivé de trouver dans certains états délirants intenses : (1° d'agitation violente avec hallucination de l'ouïe et de la vue ; 2° de dépression s'accompagnant d'anxiété avec illusions de la vue, hallucinations de l'ouie), des champs visuels considérablement rétrécis, soit d'une façon irrégulière, soit globalement ; mais dans ces cas, la diminution de l'attention des sujets était telle que nous n'avons pas cru devoir en tenir état, malgré l'insistance apportée et les précautions prises pour avoir des renseignements exacts.

B. Champs constamment elargis. — Dans les états s'accompagnant de troubles de l'activité générale. α) Maniaque simple ; β) Maniaque continu ; γ) Maniaque intermittent. Chez ces malades, l'étendue globale du champ visuel est en raison directe de l'agitation, il redevient normal, le plus souvent lorsqu'elle cesse.

α *Maniaque simple.* — Obs. 8. Mme B..., veuve B..., 71 ans. Entrée à l'asile le 5 juillet 1906. — Désordre des actes, regard brillant, face vultueuse, diminution de la sensibilité générale. Exagération des réflexes tendineux. — Désordre des idées, grandiloquence emphase (attitude dramatique), conceptions mégalomaniaques, hypermnésie. — Six examens périmétriques. Ci-contre la partie supérieure de 2 tracés de l'œil droit (fig. 18 et 19).

Le tracé n° 18 pris le 11 septembre, la malade étant agitée, est globalement élargi. Le tracé n° 19,pris le 31 octobre, la malade étant calme, est globalement moins étendu.

β. *Maniaque continu.*— Obs. 37. Mme G.... veuve D...., 65 ans. Entrée pour la seconde fois à l'asile le 3 août 1902. 1er séjour du 11 juin au 8 nov. 1897. — Désordre des actes, agitation continue, diminution de la sensibilité générale, exagération des réflexes tendineux. Voix de polichinelle. — Désordre des idées, conceptions mégalomaniaques. — Quatre examens périmétriques concordants. Ci-dessous la partie supérieure du tracé du champ visuel pris le 6 oct. 1906 (fig. 20 et 21).

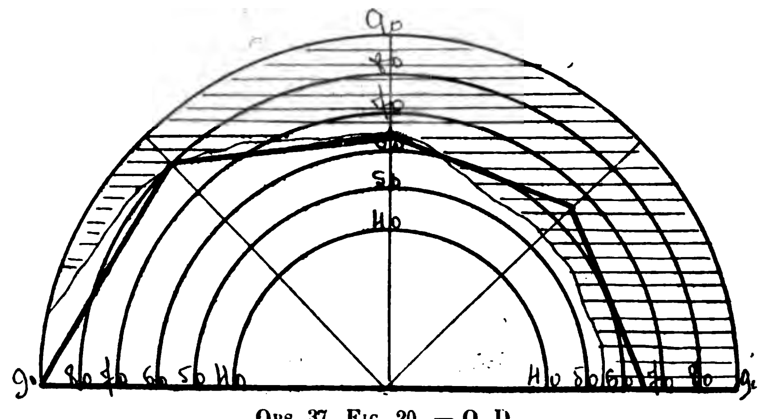
Le champ est élargi dans toute son étendue.

γ. *Maniaque intermittent.* — Obs. 48. Mlle D... Virginie, âgée de 46 ans, Entrée à l'asile le 2 février 1892. Transférée de l'asile de Saint-Venant. Regard brillant, face vultueuse, désordre des actes, diminution de la sensibilité générale. Exagération des réflexes tendineux. Hypermnésie, association automatique des idées et des mots, fuite des idées, idées de persécution sans consistance. Accès intermittents d'agitation violente, cessant en quelques jours, parfois brusquement et suivis de périodes de calme. — Vingt-sept examens périmétriques.

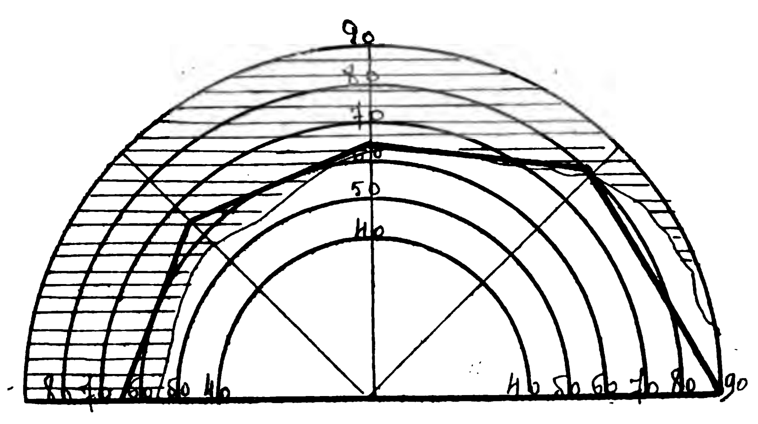
Ci-après le schéma des variations de l'étendue du champ visuel en haut (fig. 22).

23 champs, pris du 9 sept. au 1er oct. pendant un accès d'agitation maniaque, sont restés constamment élargis globalement, et ont toujours dépassé la moyenne normale. Les élévations ont toujours accompagné ou précédé de quelques heures à vingt-quatre

heures les ascensions de l'agitation. Le champ pris le 29 octobre, la malade étant redevenue calme depuis 2 jours et paraissant un peu déprimée, est légèrement au-dessous de la moyenne ; dès le 2 novembre, elle remonte à 60 et s'y maintient.



Obs. 37. Fig. 20. — O. D.

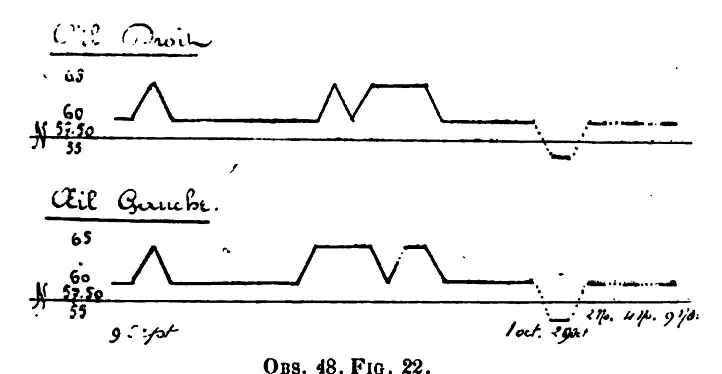


Obs. 37. Fig. 21. — O. G.

C. Champs visuels a oscillations. — Dans les états dits maniaques dépressifs d'après Krœpelin (folie circulaire continue, maniaques intermittents et mélancoliques intermittents à type irrégulier, etc.). les accès aigus d'ex-

citation ou de dépression s'accompagnent d'oscillations brusques du champ visuel, au-dessus et au-dessous de la moyenne normale, qui permettent de prévoir les variations d'intensité du trouble d'un jour à l'autre, ainsi que la cessation ou l'apparition de l'accès quand elles se répètent à intervalles rapprochés.

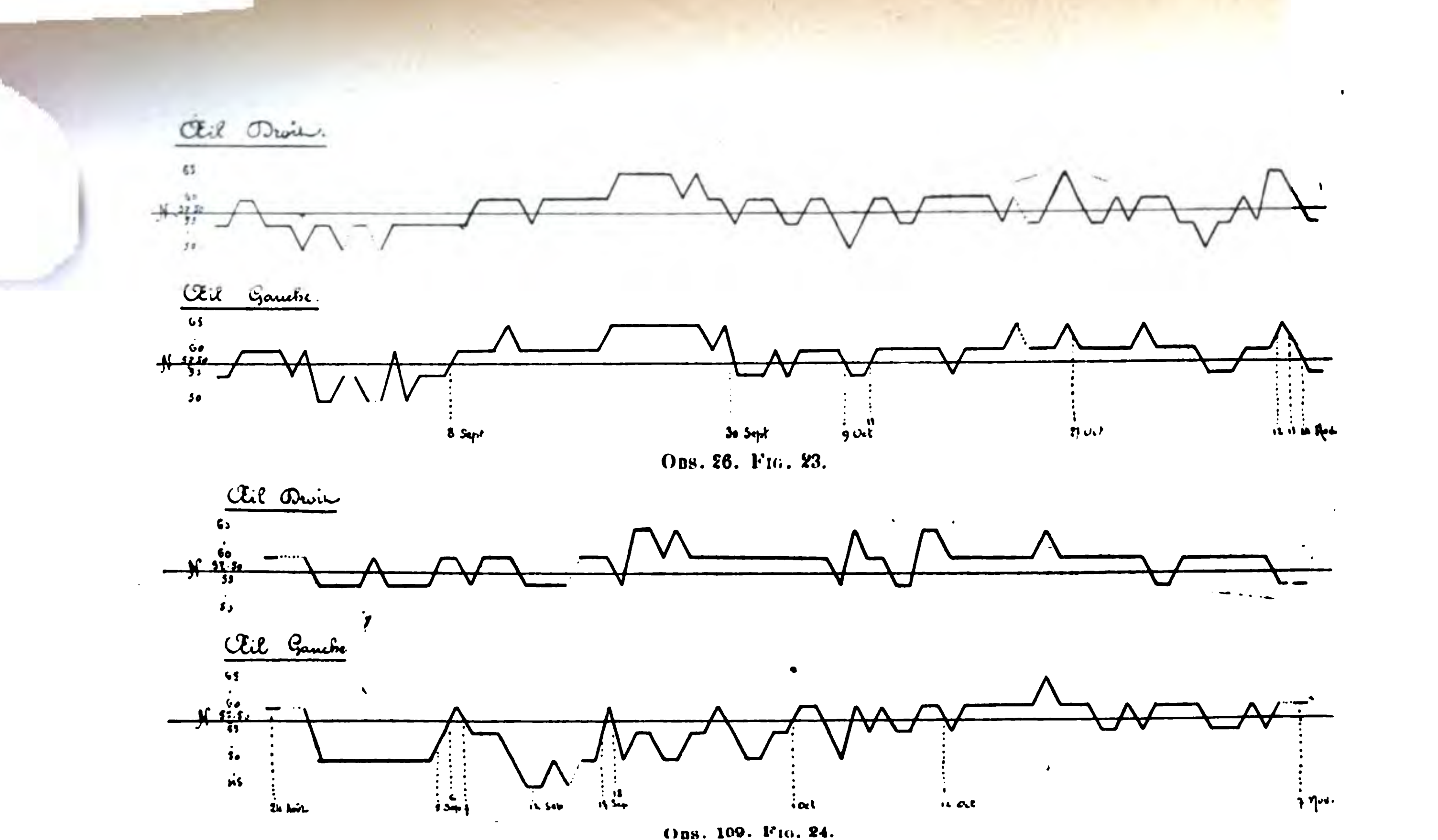
1° *Folie circulaire continue.* — OBS. 26. Mme C..... Philomène, femme Fr..... 55 ans. Entrée pour la 4e fois à l'asile le 19 juillet 1906. 1er *séjour* du 21 janvier au 28 février 1903. Traitée pour un accès d'agitation maniaque. — 2e *séjour* du 28 juillet 1903 au 29 janvier 1905. (Agitation du 28 juillet au 2 octobre, dépression profonde du 2 octobre au 11 décembre. — Agitation violente du 11 décem. 1903 au 11 février 1904, dépression jusqu'au 4 mai. — Agi-



OBS. 48. FIG. 22.

tation violente du 14 mai au 20 juillet. — 10 août dépression profonde. — 7 octobre. Excitation. — Agitation du 11 octobre au 12 décembre. — Rendue à sa famille le 29 janvier. — 3e *séjour* du 16 février 1905 au 20 mai 1906. — Agitation jusqu'au 10 mai. — Dépression du 15 mai au 30 juin. — Agitation du 20 juillet au 2 novembre. — Agitation du 28 février au 30 avril. — Congé le 20 mai. — 4e *séjour* depuis le 19 juillet. Agitation violente, diminution de la sensibilité générale. Tremblement fin des doigts et de la langue. Exagération des réflexes tendineux. Logorrhée. Hypermnésie. Idées de persécution. Idées ambitieuses. 84 examens périmétriques complets pour le blanc. Ci-dessous le schéma des variations des champs visuels en haut (fig. 23).

Le 8 *septembre.* Le champ visuel monte pour l'œil gauche, la malade devient agitée la nuit d'après. — *Le* 30 *septembre.* Le champ visuel baisse à 55 pour les 2 yeux, la malade dort la nuit, est calme



Obs. 26. Fig. 23.

Obs. 109. Fig. 24.

le lendemain. — *Le* 9 *octobre*. Agitée le jour, elle baisse et dort la nuit.— *Le* 11 *octobre*. Bien que paraissant déprimée, le champ visuel monte à 60 pour les 2 yeux, elle s'agite la nuit et les jours suivants. — *Le* 27 *octobre*. Elle baisse. Calme la nuit. — *Le* 12 *novembre*. Montée à 65, agitation violente dans la nuit. — *Le* 13 *novembre* Elle descend, dort la nuit. — *Le* 14 novembre. La baisse s'accentue. — Elle est un peu déprimée. — *Le* 15 *novembre*. Même champ visuel, même état, commence à travailler.

2° Etat *maniaque intermittent à type irrégulier*. — Obs. 109. — M. P...., Charles, 32 ans. Entré à l'asile le 12 février 1902.— Désordre des actes, regard brillant, tremblement généralisé, diminution de la sensibilité générale. Exagération des réflexes tendineux. Insomnie. — Logorrhée, idées de satisfaction et de grandeur. Hypermnésie, diminution de l'attention. 72 examens périmétriques complets pour le blanc. Ci-contre le schéma des variations en haut du champ visuel, en rapport avec les troubles de l'activité générale (fig. 24).

Le 24 *août*. Le malade est pris, étant isolé, son champ est globalement étendu. *Le* 5 *septembre*. Ascension pour les 2 yeux constatée à 4 heures de l'après-midi, isolé le lendemain au réveil. *Le* 6. L'élévation s'accentue pour l'œil gauche, le malade reste isolé. *Le* 7. Chûte pour les 2 yeux, le malade est calme. *Le* 12. Le malade est déprimé, on avait un abaissement la veille.

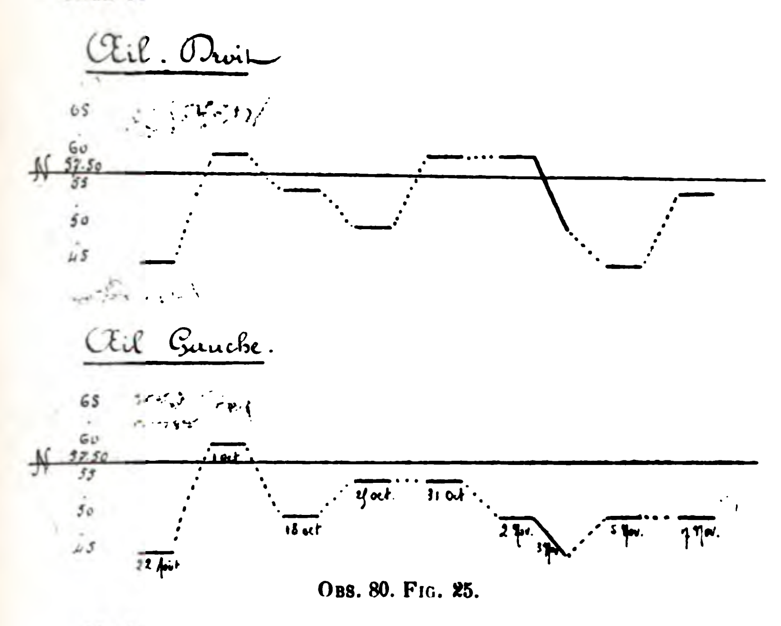
Le 17 *sept*. Ascension des 2 yeux s'accompagnant de logorrhée. — *Le* 18 *sept*. Chute, le malade est calme, etc.

3° *Etat mélancolique intermittent à type irrégulier*. — Obs. 80. Mme L... Marie, femme B., âgée de 53 ans. Entrée à l'asile le 31 juillet 1906. — Affaissée, diminution de la sensibilité générale et des réflexes tendineux, cyanose des extrémités, anorexie, digestion pénible, constipation, tumeur ancienne du genou droit d'origine bacillaire. — Idées délirantes de persécution, de ruine, illusions du goût, préoccupations de suicide ; 9 examens périmétriques complets (fig. 25).

22 *août*. La malade étant déprimée est bien au-dessous de la moyenne. — 1er *octobre*. Elle est excitée, et passe franchement au-dessus de la normale. — 18 *octobre*. Pleure et se lamente au moment de l'examen, le champ reste cependant sensiblement normal pour l'œil droit ; elle a été agitée toute la nuit précédente et s'agite la nuit suivante à partir de 3 heures. — *Le* 31 *octobre*. Le champ est étendu, bien que la malade paraisse déprimée, elle s'agite le lendemain. — *Le* 5 *nov*. Elle est nettement au-desssous de la moyenne, et a une crise d'anxiété la nuit suivante.

D. Champ visuel des paralytiques généraux. — Nous avions, dès le mois de mars dernier, noté, dans la

perception des couleurs chez les paralytiques généraux, des différences en rapport avec leurs antécédents étiologiques, et remarqué particulièrement les variations qui accompagnent les ictus. Nos résultats concordent avec les conclusions du travail de MM. A. Rodiet, Dubos et P. Pansier, en ce qui concerne les troubles de la vision. Nous y ajouterons cependant que les troubles hallucinatoires et de l'activité générale s'accompagnent, chez eux, des mêmes variations, dans l'étendue du champ visuel, que chez tous les autres aliénés.

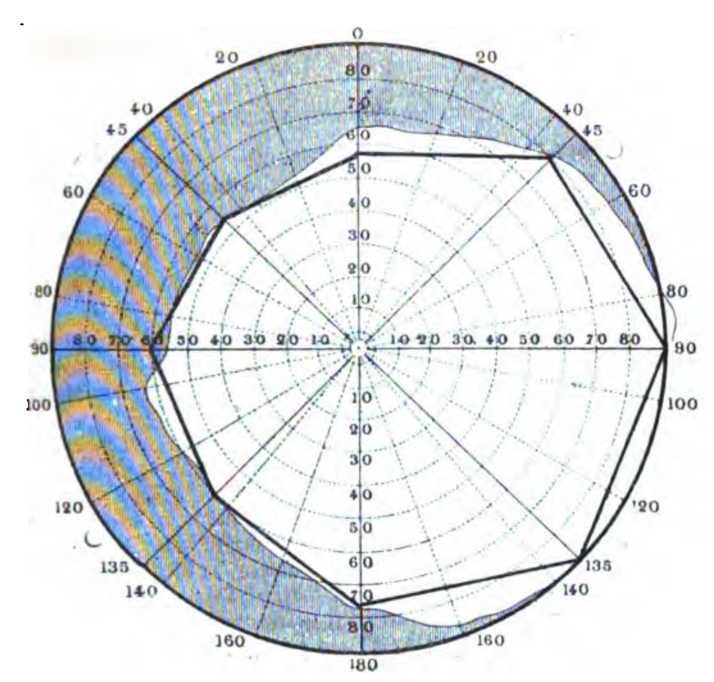


OBS. 80. FIG. 25.

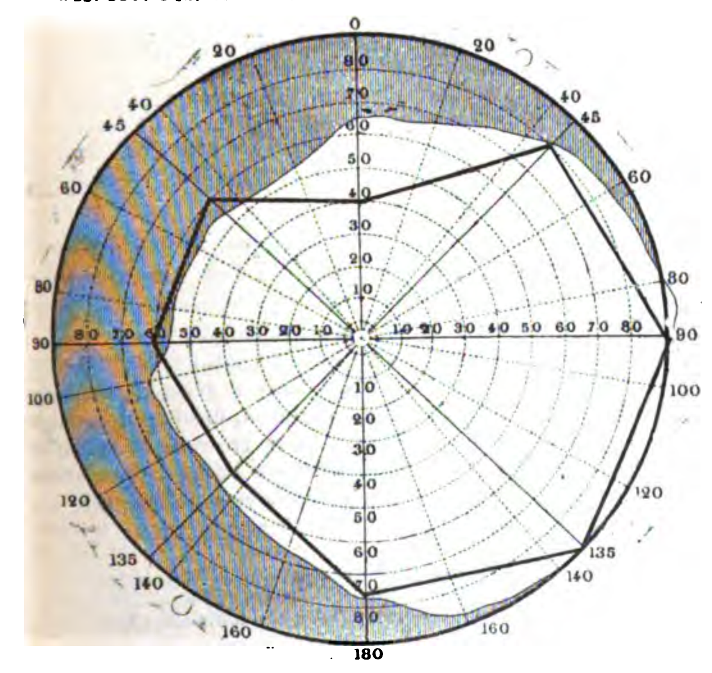
1° *Avec les troubles de l'activité générale.* — OBS. 116. — M. R..., Jules, 65 ans. Entré à l'asile le 22 août 1906. — Désordre des actes Logorrhéee, accrocs de la parole. Tremblement fibrillaire des doigts et de la langue, diminution de la sensibilité générale. Exagération des réflexes tendineux. — Idées délirantes absurdes de satisfaction de grandeur, de richesse, d'invention, amnésie progressive.

4 examens périmétriques du champ visuel complets pour le blanc. Ci-contre 2 tracés complets de l'œil gauche pour le blanc (fig. 26 et 27).

2° *Avec les hallucinations de la vue.*— OBS. 100. M. M... Louis,



Obs. 116. Fig. 26. — O. G. — N° 1. Excitation. 24 août 1906.



Obs. 116. Fig. 27. — O. G. — N° 2. Dépression. 28 septembre 1906.

Le champ n° 1 correspondant à l'état d'excitation, est sensiblement normal. On trouve dans le champ n° 2 le rétrécissement en haut caractéristique des états dépressifs.

43 ans, entré à l'asile le 25 janvier 1906. Masque paralytique, accrocs de la parole. Tremblement fibrillaire des doigts et de la langue diminution de la sensibilité générale. Exagération des réflexes tendineux. Inégalité pupillaire. (séjour aux colonies). Excès alcooliques, accès de fièvres intermittentes. Affaissement global de l'intelligence. Idées de persécution sans consistance, amnésie progressive.

Hallucinations psycho-sensorielles de l'ouïe. Hallucinations terrifiantes de la vue, s'accompagnant de réactions violentes. 60 examens périmétriques complets. Ci-dessous le schéma des variations de l'étendue du champ visuel en haut (fig. 28).

Le 6 *septembre*. Le malade pris la 2e fois (le premier champ visuel n'ayant pas été conservé) à 3 heures de l'après-midi accuse un rétrécissement net du champ visuel en haut pour les 2 yeux ; le soir à 10 h. 1/2, soit 7 heures 30 après, sans qu'aucun autre signe ne les ait annoncées, il a des hallucinations terrifiantes (bris de carreaux, cris de terreur, au secours, à l'assassin, je brûle, etc..).. — *Le* 14 *septembre*. Le malade se livre le matin à 6 heures à des voies de fait sur un de ses camarades qu'il ne reconnaît pas. Le champ visuel pris la veille à 4 heures de l'après-midi accusait un rétrécissement net ; l'après-midi du 14, à 4 heures, soit 10 heures après, le rétrécissement avait disparu. — *Le* 25 *septembre*. A 10 heures du soir, le malade a des hallucinations terrifiantes, le champ visuel dans ce cas nous a présenté une oscillation contraire pour l'œil gauche, l'œil droit restant rétréci. Le rétrécissement pour l'œil gauche a donc dû se produire plus tard, soit quelques heures avant l'hallucination. — *Le* 6 *octobre*. L'œil gauche étant déjà fortement rétréci, nous trouvons un abaissement très net pour l'œil droit ; à 10 heures 1/2 du soir, le malade tente de se mutiler en se frappant la tête contre une porte (1).

E. ETATS DEMENTIELS AVEC NÉVROSE. 1° *Epileptique*. — Le nombre des observations complètes que nous possédons actuellement sur ces états est trop restreint pour que nous puissions en tirer des conclusions.

Nous noterons cependant, que les champs visuels pris par nous chez ces malades sont jusqu'à présent, ou sensiblement normaux, ou hyperétendus, contrairement à ce qu'a écrit Ottolenghi S., qui les a trouvés rétrécis 12 fois sur 12 épileptiques en dehors de l'accès. Toutefois leur étendue paraît être en rapport avec les troubles de l'activité générale, précédant ou suivant la crise.

(1) Nous n'avons noté que les hallucinations suivies de réactions violentes consignées sur les rapports des surveillants infirmiers. Mais chaque rétrécissement correspond à des hallucinations

Œil Droit

N 57.50
55
50
45
40
35

Œil Gauche.

N 57.50
55
50
45
40
35

6 Sep 13.14 Sep 25 Sep 6 Oct 5 Nov.

Obs. 160. Fig. 28.

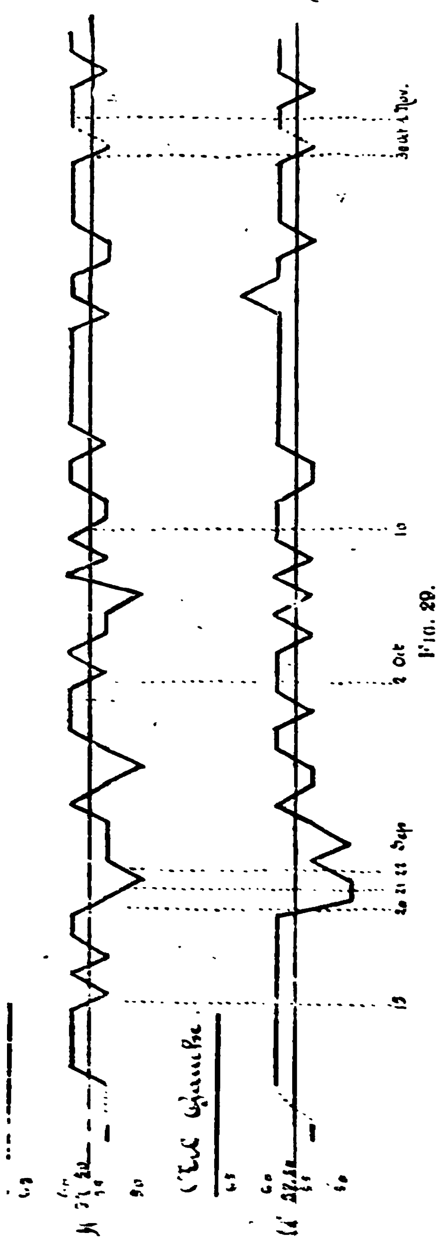


Fig. 29.

Nous n'en citerons ici qu'un cas, pour lequel nous avons pris 59 champs visuels complets pour le blanc, et où l'approche des crises a toujours été annoncée par un rétrécissement, portant constamment en haut, quelquefois en haut et en dehors.

Obs. 32. M. D...., Gaston, 36 ans.

Entré pour la 2e fois à l'asile le 27 juillet 1901. 1er séjour du 17 août au 31 décembre 1898. Prognatisme, Voûte palatine élevée, mauvaise dentition, oreilles mal conformées, teint mat, chairs flasques, œil comitial.

Affaiblissement global de l'intelligence, grandiloquent, irritable, humble, satisfait, persécuté. Accès précédés d'auras psychiques se traduisant par de la dépression avec anxiété, suivis d'agitation inquiète, amnésie lacunaire. 56 examens périmétriques complets pour le blanc. Ci-contre le schéma pour les variations de l'étendue du champ visuel en haut (fig. 29).

Le 15 septembre. Abaissement pour l'œil droit, l'œil gauche restant normal. Crise dans la soirée. *Le 20 septembre*. Le

champ pris à 4 h. de l'après-midi, donne un rétrécissement notable pour les 2 yeux, le lendemain matin à 10 heures, le malade a une crise très violente, le champ pris à 4 heures du soir, soit 6 heures après reste rétréci, il redevient normal le lendemain pour les 2 yeux. *Le* 2 *octobre*. Ou a un rétrécissement pour l'œil droit et une crise dans la soirée.

Le 10 *oct.* Rétrécissement pour l'œil droitcrise légère quelques heures après.— *Le* 30. Rétrécissement pour les 2 yeux.— *Le* 31 à 2 h. de l'après-midi, crise violente. On ne peut pas prendre le champ visuel du malade qui est dans un état d'agitation inquiète; le lendemain 1er novembre le champ redevient normal pour les 2 yeux.

2° *Hystérique.* — Chez ces malades également (nous n'avons encore que peu d'observations complètes), l'étendue du champ visuel ne nous a pas paru être fonction de la névrose elle-même, mais bien de l'état surajouté. Quant à la perception des couleurs, nous en reparlerons dans un travail d'ensemble, dont nous avons déjà les éléments, et qui porte sur tous les aliénés.

CHAPITRE II. FOND DE L'ŒIL.

Nous avons pour chaque classe de malades, divisé l'étude du système oculaire en deux parties : d'un côté l'état des pupilles, de l'autre l'état du fond de l'œil. La réfraction a fait l'objet d'un paragraphe spécial.

Nous avons négligé de signaler toutes les lésions banales que nous avons pu rencontrer, soit du côté des membranes externes (blépharo-conjonctivite, taies de la cornée), soit du côté des milieux (opacités cristalliniennes) soit du côté du fond de l'œil (staphylome postérieur), lorsque ces lésions nous ont paru absolument indépendantes de toute affection mentale, atteignant l'aliéné comme elles auraient atteint tout autre sujet.

L'examen des pupilles a été fait à la chambre noire, et à l'éclairage oblique. On ne saurait s'entourer de trop de précautions avant de parler d'irrégularité, d'inégalité des pupilles, ou de troubles des réflexes. Bien des inégalités pupillaires constatées sont dues uniquement à une inégalité d'éclairage.

Nous nous sommes servis pour l'examen du fond de

l'œil, de l'ophtalmoscope à image droite, qui seul, donne en même temps qu'un grossissement suffisant, la possibilité d'examiner dans toutes ses parties la rétine d'un sujet indocile ou inconscient. Les aspects ophtalmoscopiques des fonds d'yeux normaux sont quelquefois si variés, que l'on doit être bien prudent, avant de parler d'anomalie, soit du côté de la pupillle, soit du côté des vaisseaux. Il faut répéter les examens en les espaçant, et surtout, en même temps, examiner un grand nombre de fonds absolument normaux ; nous étions particulièrement bien placés pour le faire. Il ne sera peut-être pas inutile d'ajouter, que nous avons examiné les yeux des aliénés, sans connaître ni le genre de leur maladie, ni l'état de leur champ visuel. Ainsi nous croyons-nous être suffisamment gardés contre toute idée préconçue.

A. Paralysie générale. 1° *Troubles pupillaires.* — Nous avons noté l'irrégularité des pupilles dans plus de la moitié des cas que nous avons observés. Ainsi que le font remarquer MM. Rodiet, Dubos et Pansier, on peut rencontrer ce signe dans bien d'autres affections que dans la paralysie générale, dans le tabès notamment, et dans toutes les psychoses ; mais il n'en est pas moins vrai qu'il n'y a pas d'affection où on puisse le rencontrer aussi fréquemment.

C'est ainsi que nous l'avons noté, dans 62 % des cas de paralysie générale que nous avons observés ; alors que sur l'ensemble des aliénés examinés, nous n'avons noté le symptôme que dans 32 % des cas.

Les formes que peut prendre la pupille sont des plus variées ; elles ont d'ailleurs été trop de fois décrites pour que nous ayons besoin de revenir sur ce point ; nous devons cependant signaler un cas, où la déformation était si prononcée, en ovale si allongé, que nous avions cru nous trouver d'abord en présence d'un staphylome adhérent ; l'éclairage oblique seul nous a permis de reconnaître la vraie nature de cette déformation, qui par la suite d'ailleurs ne s'est pas maintenue. L'inégalité pupillaire, signalée pour la première fois par Baillarger, est généralement considérée comme un des symptômes les plus fréquents de la paralysie générale.

Pour Terrien, elle existerait dans plus de la moitié des cas.

MM. Rodier, Dubos et Pansier estiment que l'on a jusqu'ici attaché trop d'importance à ce signe ; ils font remarquer, avec juste raison que, si l'on considère l'inégalité pupillaire en tant que symptôme isolé ne s'accompagnant pas de troubles des réflexes à la lumière ou à l'accomodation, on ne la rencontre pas plus fréquemment dans la paralysie générale que dans beaucoup d'autres affections, qui n'ont aucun rappport avec elle (psychoses, anémie, goitre exophtalmique, etc.), mais il est certain cependant que cette inégalité pupillaire, qu'elle soit due uniquement, comme cela paraît être probable, à des troubles des réflexes ou à toute autre cause, est un signe plus fréquemment constaté (trois fois plus d'après notre observation 37 % des cas) dans la paralysie générale que dans les autres affections mentales.

Le signe d'Argyll Robertson se rencontre encore plus fréquemment que l'inégalité des pupilles (50 %). Nous l'avons presque toujours rencontré, à la fois sur les deux yeux, généralement franc, c'est-à-dire avec conservation à peu près absolue du réflexe à l'accommodation ; quelquefois la pupille réagissait à l'accommodation, mais lentement et incomplètement.

Il nous a paru que le signe d'Argyll Robertson se rencontre beaucoup plus fréquemment chez les malades présentant déjà un myosis plus ou moins étroit, que chez ceux dont la pupille se trouve en état de mydriase ou de dilatation moyenne. Nous avons d'ailleurs noté ce myosis dans 25 % des cas.

Nous n'avons jamais pu constater ni la réaction paradoxale de la pupille (dilatation sous l'influence de la lumière), ni l'abolition du réflexe consensuel.

2° *Examen du fond de l'œil.* — L'examen ophtalmoscopique de l'œil des paralytiques généraux ne nous a rien révélé qui puisse être attribué en propre à cette affection. Comme tous ceux qui avant nous se sont occupés de la question, nous avons dans certains cas trouvé des vaisseaux flexueux, des veines dilatées; une fois, au contraire, nous avons trouvé des vaisseaux un peu fins, mais

ces différences de calibre pourraient n'avoir rien d'anormal. Dans un cas, la papille nous a paru uniformément décolorée ; généralement, cette pâleur portait surtout sur le segment externe de la papille ; d'autres fois les bords en étaient flous ; tous symptômes du début de l'atrophie papillaire, fréquemment constatée dans les dernières périodes de la paralysie générale.

Enfin dans un assez grand nombre de cas (15 %), nous avons constaté un liseré blanchâtre de sclérose périvasculaire, portant plus fréquemment sur les artères que sur les veines ; dans quelques cas nous avons vu cette lésion se manifester non plus par un liseré, mais par des plaques blanchâtres plus ou moins confluentes, apparaissant à la surface du vaisseau et le recouvrant en partie. Ce ne sont là très probablement que des lésions d'artérite syphilitique. La vision nous a paru le plus souvent conservée ; dans 50 % des cas, elle était normale ; dans 13 % seulement des cas, elle était inférieure à 1 /2.

B. Etats délirants avec hallucinations de la vue. — α) Systématisé avec hallucinations de la vue ; β) d'interprétation avec hallucinations de la vue ; γ) d'intoxication avec hallucinations de la vue.

1° *Pupilles.* — Les troubles pupillaires sont beaucoup moins fréquents que dans la paralysie générale. Les pupilles sont très rarement en état de myosis, plus souvent en mydriase, généralement en état de dilatation moyenne. Nous les avons très rarement trouvées inégales (7 %) ; jamais nous n'avons constaté l'absence d'un des réflexes soit à la lumière, soit à l'accommodation. En revanche la paresse des pupilles à réagir à la lumière ou à l'accommodation, ou à l'un et à l'autre réflexe, nous a paru fréquente. Nous l'avons constatée dans 39 % des cas ; elle se manifestait généralement par la lenteur de la réaction à la fois à la lumière et à l'accommodation ; lorsqu'un seul réflexe était diminué, il s'agissait le plus souvent du réflexe lumineux.

2° *Examen du fond de l'œil.* — Le fond de l'œil des hallucinés présente les mêmes signes que ceux des paralytiques généraux, aussi bien du côté de la papille, qui

paraît tantôt hyperhémiée, tantôt décolorée dans son segment externe, tantôt à bords flous ; que du côté des vaisseaux, fréquemment flexueux, atteints quelquefois de périvasculite. Mais à côté de ces lésions banales, pour ainsi dire, nous avons rencontré deux signes, dont la fréquence semble digne d'être notée chez les hallucinés de la vue.

Le premier est une sorte de halo péripapillaire, constitué par une zone, où la rétine perd sa coloration normale, pour prendre une teinte grisâtre ardoisée. Dans les cas où nous l'avons observé, tantôt ce halo entourait complètement la papille, généralement normale, tantôt il la bordait seulement sur une partie plus ou moins large de la circonférence. Il ne nous a jamais paru s'étendre plus loin que deux ou trois diamètres papillaires.

Nous ne pensons pas du tout que cet aspect ophtalmoscopique soit caractéristique du fond de l'œil de l'halluciné ; nous l'avons trouvé, en effet, chez 6 % des aliénés de toute nature que nous avons examinés, mais nous l'avons rencontré deux foisplus souvent chez l'halluciné.

Bouchut dans son atlas d'ophtalmoscopie et de cérébroscopie de 1876, reproduit, dans la figure 81, l'image du fond de l'œil droit d'une enfant de 9 ans atteinte « d'épilepsie avec démence et hallucinations », qui représente assez exactement l'état que nous décrivons ici.

Bouchut explique cet aspect en supposant qu'il s'agit d'un exsudat rétinien très localisé. Magnan et Galezowski dès 1868, avaient déjà signalé dans la paralysie générale, il est vrai, un œdème péripapillaire qui se présentait sous forme de cercle brûnatre (J. Galezowski, th. de Paris, 1904).

Cet aspect particulier de la rétine ne s'est généralement présenté que d'un seul côté à la fois. Dans presque tous les cas l'acuité visuelle était normale, ou seulement très faiblement diminuée, ce qui ne saurait se concilier avec l'idée d'un œdème d'origine névritique. D'ailleurs, ce signe nous a toujours paru très fugace ; il nous est arrivé de ne pas le retrouver à un deuxième examen, fait à un mois de distance du premier, quelquefois même quelques jours seulement après, sans qu'aucune autre modification se soit produite du côté de la pa-

pille. Enfin, presque toujours, en même temps que lui, nous avons noté le rétrécissement des artères de la rétine. Aussi pourrait-on peut-être expliquer cette teinte grisâtre plus ou moins localisée, non par un œdème, ou un exsudat rétinien, mais par une anémie prononcée de la rétine, due à une circulation artérielle insuffisante, la coloration grisâtre serait, en très petit, l'image du voile qui borde la papille dans les cas d'embolie de l'artère cérébrale.

Nous avons noté le rétrécissement des artères chez 30 % de nos hallucinés, encore n'avons-nous tenu compte, pour arriver à cette proportion, que des cas tout à fait nets. Si dans plusieurs cas le rétrécissement nous a paru fugace, susceptible de se modifier entre deux examens, ne s'accompagnant enfin d'aucune lésion papillaire, dans d'autres cas au contraire, il nous a été donné de constater en même temps que lui des troubles de la papille et de la vision.

Sur 16 malades qui présentaient très nettement ce rétrécissement, 8 présentaient en même temps une décoloration plus ou moins marquée du segment externe, 1 une décoloration totale de la papille ; sur ces 9 malades à papille plus ou moins anormale, 5 avaient une acuité visuelle inférieure à la normale, trois autres, sans lésion papillaire visible, avaient également une acuité visuelle diminuée ; un d'eux était alcoolique. Il reste donc seulement 4 malades, présentant en même temps qu'un rétrécissement très net des artères, des papilles absolument normales et une vision parfaite.

Ce rétrécissement artériel est-il donc, en même temps que le rétrécissement du champ visuel, une des premières manifestations d'une atrophie du nerf optique au début. Est-ce par cette atrophie commençante, qu'il faut expliquer le rétrécissement du champ visuel ? Ou ce rétrécissement du champ s'explique-t-il seulement par les troubles circulatoires constatés du côté de la rétine ? C'est un point que nous ne traiterons pas ici, nous proposant d'y revenir ultérieurement.

La vision des hallucinés considérés dans leur ensemble était normale dans la moitié des cas ; dans 10 % seulement des cas, nous l'avons trouvée inférieure à 1/2.

C. ETAT AVEC TROUBLES DE L'ACTIVITÉ GÉNÉRALE. α avec dépression (Mélancolie). — 1° *Pupilles*. — Nous n'avons jamais noté l'irrégularité bien nette des pupilles ; en revanche, nous avons trouvé de l'inégalité pupillaire dans un assez grand nombre de cas (24 %).

Jamais nous n'avons constaté de myosis ; les pupilles étaient généralement en état de dilatation moyenne.

Dans aucun cas nous n'avons trouvé les réflexes à la lumière ou à l'accommodation complètement abolis ; en revanche, très fréquemment (44 %), la pupille était paresseuse à la lumière, quoique réagissant normalement à l'accommodation. Plus rarement (12 %), elle réagissait paresseusement, aussi bien à l'accommodation qu'à la lumière.

2° *Examen du fond de l'œil*. — A l'examen ophtalmoscopique, nous avons noté de la décoloration du segment externe, le contour flou de la papille, des vaisseaux flexueux, atteints parfois de périvasculite, quelquefois de rétrécissement artériel, mais la proportion des cas où nous avons constaté ces signes ophtalmoscopiques était la même pour les mélancoliques que pour les aliénés en général.

La vision des mélancoliques a été trouvée normale dans 68 % des cas examinés ; dans 7 % seulement des cas elle était inférieure à 1/2.

Nous avons noté quelques cas de dyschromatopsie ; les couleurs les plus difficilement perçues étaient le bleu, le rouge et le vert.

β. *Avec excitation* (manie et manie dépressive de Krœpelin). — Sur 23 malades examinés, nous n'avons noté qu'un seul cas de myosis. Dans six cas les pupilles étaient irrégulières ; nous n'avons jamais noté d'inégalité pupillaire, ni d'immobilité complète à la lumière, ou à l'accommodation. Le réflexe se faisait lentement ou incomplètement dans 30 % des cas à la lumière, dans 40 % des cas à l'acccommodation, dans 8 % des cas à la fois à l'un et à l'autre.

Le fond de l'œil du maniaque ne nous a paru présenter rien de caractéristique de même que celui du mélancolique ; comme chez ce dernier, nous avons noté la déco-

avons examinés, et en particulier dans des cas d'intermittences irrégulières, où aucun autre signe clinique ne laissait entrevoir une modification prochaine de l'état mental, il nous a été facile de prévoir à l'aide du tracé du champ visuel l'apparition de l'hallucination quelques heures avant, souvent dès la veille ; et de noter dans les mêmes conditions les troubles de l'activité générale qui précèdent, accompagnent et suivent les états d'excitation et de dépression. La répétition d'une variation du champ visuel, en plus ou en moins, pendant plusieurs jours, nous a permis, en outre, d'annoncer le début, ou la disparition d'un accès aigu.

BIBLIOGRAPHIE

AXENFELD (D.)Méthode simple de constater l'hémianopsie. *Neurolog. Centralbl*, XIII, 1894.— ATHANASSIO (ALEX.) (Bucarest). L'œil des mélancoliques. *Archives de neurolog.*, mars 1895. — AUBANEL. (Rapport de la Commission du prix) sur les mémoires présentés et traitant : (De la valeur diagnostique des troubles oculaires aux différentes périodes de la paralysie générale appuyée surtout par des observations personnelles). D'après les *Annales medico-psychologiques*, septembre-octobre 1906.

BLIN. Les manifestations oculaires de la démence précoce. Thèse de Lille, 1904. — BOUCHUT. Atlas de cérébroscopie et d'ophtalmoscopie, 1876. — BRICHE, RAVIART et CAUDRON. Contribution à l'étude de l'état du fond de l'œil dans la paralysie générale (Résultat de l'examen des paralytiques généraux de l'asile de Saint-Venant). *Archives de neurologie*, 1905.— BRUN et MORAX. Troubles de la vision. *In* Traité de pathologie générale, 1904. — BUMKE. Contribution à la connaissance des mouvements de l'iris, *Centralblatt f. Nervenheilk*, XXVI, N, F. XIV, 1903. Nos 162 à 166, XXVII N. F. XV, 1904, No 169.

CAUDRON. Le fond de l'œil chez les paralytiques généraux. Thèse de Lille, 1902. — CESTAN et DUPUY DUTEMPS. Sur le signe pupillaire d'Argyll Robertson. Cong. M. N. et Ali. de Fr. 1902. — COWEN (P. T.) Les symptômes pupillaires chez les aliénés et leur valeur *The Journal of mental science*, juillet 1902.

DE GOUVÉA. Les manifestations oculaires de l'épilepsie. *Annales d'Oculistique*, 1897. — DIDE et ASSICOT. Signes oculaires dans la démence précoce. Tr. ref. pupillaires. Congrès des médecins aliénistes et neurologistes, 1905. — DUPOUY. Hystérie avec hémianesthésie sensitivo-sensorielle gauche. *Arch. Neurol.*, 1905.

Feray. Séméiologie des hallucinations de la vue dans les psychoses, A N., 1898.

Galezewski. Thèse de Paris, juin, 1904. — Grasset. Les centres nerveux, 1905. — Gotteland. Contribution à l'étude de l'appareil de la vision chez les dégénérés. Thèse de Paris, 1893.

Jocqs. Valeur séméiologique des troubles pupillaires dans les affections cérébro-spinales. Cong. des M. al et neur., 1905. — Joffroy. Des signes oculaires de la paralysie générale. *Arch. neurol.*, mai 1904.

A. Keraval et Danjean. L'état du fond de l'œil chez les paralytiques généraux. *Arch. neur.*, 1904. — Keraval et Raviart. L'état du fond de l'œil chez les paralytiques généraux et ses lésions initiales. Cong. des M. N. et Al., 1902.— Klein. *Wien medical Presse*, 1887, N° 3. — Kornfeld et Bikeles. Recherches sur l'état des pupilles chez les paralytiques généraux. *Jahrbuch f. Psychiat.*, XI 3 Contribution à la connaissance des rétrécissements du champ visuel dans la paralysie générale. *Jahrbuch f. psychiat.*, XIII 2. — Kœnig. De la fatigue du champ visuel et de ses rapports avec le rétrécissement concentrique, des affections du système nerveux central. Société médico-physiologique, séance du 26 juin 1893. — Krafft-Ebing. *Festschrift Illeman*, Heidelberg, 1892.

Lamy. Hémianopsie avec hallucinations dans la partie abolie du champ de la vision. *Revue neurolog.*, mars 1895. — Levinsohn. Contribution à la question de l'immobilité réflexe des pupilles. *Centralbl., f. Nervenheilk.*, XXIII N. F., 1900. Magnan. Mémoire de la Société de biologie, 1868. — Marandon de Montyel. Le réflexe lumineux dans la paralysie générale. *A. N.* juin 1905. — Martin (G.). Des rapports de l'œil avec l'épilepsie. *Journ. de méd. de Bordeaux*, N° 13 et 14.— Mignot (R.). Etude des troubles pupillaires dans quelques maladies mentales. Thèse de Paris, 1900.

Ottolenghi. Le champ visuel des épileptiques (en dehors de l'accès) et des criminels congénitaux (fous moraux). *Centralbl f. Nervenheilk.* N. F. 1er oct. 1890.

Pailhas. Dépression kératique et états encéphalopathiques graves. *Arch. de neurol.*, 1902. — Pechin. De la dyschromatopsie chez les hystériques. *Revue neuro.*, nov. 1906. — Pick. Des inégalités pupillaires produites par l'action différente de l'éclairage direct. *Neurol. centralb.*, 1900.

Rodiet-Dubos et Pansier. Les symptômes oculaires de la paralysie générale, *Arch. de neuro.*, 1906.—Raviart et Caudron. Fréquence et évolution des lésions du fond de l'œil dans la paralysie générale. *Journ. de neur.*, 1904. N° 3. — Resnikow. Modification du champ visuel chez les paralytiques généraux. *Obezrénié psychiatrii*, 1900.

Sanenis (de). Nouvelles recherches et considérations sur le champ visuel des fous moraux *Riv. sp. di fren.*, t. XX, fasc. III-IV. — Siemerlung. Sur les modifications des réflexes pupillaires dans les maladies mentales. *All. Zeitsch. f. Psychiatrie*, t. LIII.— Stefani et Morpurgo. Sur le rétrécissement pupillaire chez les aliénés. *Riv. sp. di fren.*, fasc, 2, 1897.

Truelle. Un cas de paralysie générale avec hallucinations. A. N., 31 juillet 1899. — Williamson. Lésions rétiniennes en rapport avec des lésions cérébrales. Thèse Paris 1890.

Les fugues dans les psychoses et les démences ;

Par le Dr Maurice DUCOSTÉ.

Les fugues des hystériques, épileptiques et dégénérés ont suscité de très nombreux travaux. Je les ai étudiés moi-même (1) il y a quelques années, et l'on me permettra de reproduire ici le tableau qui résumait les développements de ce premier travail. Je rappelle que je rejetais dès cette époque, les deux caractères considérés comme constants dans les impulsions épileptiques : l'inconscience et l'amnésie.

Il ne paraît pas qu'il faille rien modifier à ces conclusions déjà vieilles ; elles ont été très solidement établies.

On ne connaît pas une seule étude d'ensemble sur les fugues des aliénés. A lire les auteurs, elles semblent ne pas exister. Cependant on peut en appeler à tous les aliénistes de leur fréquence et de leur intérêt qui s'imposent certainement aux cliniciens les moins avisés. Il est permis de croire qu'une des raisons qui en ont fait dédaigner jusqu'ici l'étude est que les maîtres de l'enseignement neurologique (qui ont tous abondamment parlé des fugues chez les épileptiques, les hystériques et les dégénérés) (2) n'ont rien dit de celles des psychoses. Le

(1) Maurice Ducosté. — De l'épilepsie consciente et mnésique et en particulier d'un de ses équivalents psychiques : le suicide impulsif conscient. Th. Bordeaux 1899.

(2) Charcot.— Leçons du mardi T. I (1887-88) p. 112 ; T. II (1888-89) p. 303.

Pitres.— Leçons cliniq. sur l'hyst. et l'hypnot. 1891, T. II p. 268.

Raymond. — Leçons sur les maladies du système nerveux. — 1re série 1894-95. « Les délires ambulatoires et les fugues » p. 592.

Grasset — Leçons de clinique médicale. 3e série (1895-98) p. 137.

respect de leurs opinions s'est fortement imposé aux nosographes qui ont suivi, même lorsqu'ils observaient dans les asiles. D'autre part, malgré ses lacunes, la vieille classification des fugues suffisait aux médecins experts, civils ou militaires, qui, fort heureusement, trouvaient dans le vocable « dégénéré » et dans ses vagues synonymes suffisamment d'étiquettes consacrées pour faire admettre aux juges l'irresponsabilité d'un aliéné ou d'un dément. Ainsi le silence des auteurs sur ces phénomènes si intéressants au point de vue social n'a pas eu d'importance pratique.

IMPULSIONS ÉPILEPTIQUES	IMPULSIONS HYSTÉRIQUES	IMPULSIONS NEURASTHÉNIQUES OU DES DÉGÉNÉRÉS
Instantanéité, soudaineté, imprévu du début.	Préparation de l'impulsion somnambulique à l'état de veille.	Obsession angoissante plus ou moins longue à la base de l'impulsion.
Violence des actes impulsifs.	Moins grande violence.	Pas de violence.
Accaparement de la vie psychique par l'idée impulsive.	L'impulsion domine simplement.	L'impulsion laisse au patient une certaine liberté psychique.
Pas d'hypnotisation possible.	Hypnotisation facile et reviviscence complète, dans l'hypnose, des détails de l'impulsion.	Pas d'hypnotisation possible.
Périodicité, identité des attaques.	Attaques, non périodiques, naissant sous l'influence de causes extérieures.	L'impulsion est la réalisation, la satisfaction d'une obsession plus ou moins continue, elle-même précédée de pensée et de lutte angoissante.
Terminaison brusque avec fatigue morale et physique.	Terminaison moins brusque, sans fatigue.	Apaisement progressif à mesure que l'acte s'accomplit.

GARNIER.—L'automatisme somnambulique devant les tribunaux. (*Ann. d'hyg. et de méd. lég.* 1887.)

DUPONCHEL. — Etude clinique et médico-lég. des impulsions morbides à la déambulation chez des militaires. *Ann. d'hyg. et de méd. lég.* 1888.)

Pour être juste, M. Tissié a parlé des fugues des aliénés dans sa thèse si souvent citée (1). M. Meige, dans un mémoire bien connu (2) s'en rapporte simplement à l'autorité de M. Tissié.

Parfois, dans des monographies diverses, on rencontre quelques exemples de fugues chez des aliénés; il faut avouer qu'on n'en peut retenir aucun. En effet, les auteurs paraissent avoir une conception extrêmement vague de la signification du mot « fugue » qu'ils évitent de définir; il est évident que beaucoup d'entre eux ignorent à peu près tout des formes typiques d'aliénation ; ils ont généralement une tendance fâcheuse à accepter comme réels et bien observés, des faits très anciens, très singuliers dont certains se rapportent à des personnages légendai-

(1) Les citations suivantes donneront une juste idée du travail de M. Tissié : « Nous avons pris, dit l'auteur, pour établir le déterminisme des fugues, cinq types bien définis : les délirants, les hallucinés, les déments, les impulsifs et les captivés. ». Les cinq types de cette classification inattendue sont en effet bien définis par l'auteur, car, par exemple, « les impulsifs qui s'en vont inconscients, ce sont les épileptiques » (p. 6) et « les déments ce sont les imbéciles, idiots, crétins » (p. 36). A la p. 18, on lit : « Après l'observation du paralytique P, qui marchait beaucoup, citons l'observation suivante que M. Billod a classée dans la faiblesse de volonté, le malade ne pouvant se décider à marcher » ce qui constitue, en effet, une espèce de fugue très curieuse.

Comme autres exemples de fugues, nous apprenons que « les dipsomanes s'échappent quand ils sentent venir leur fugue » (p. 22) et que « les claustrophobes s'enfuient éperdus pour ne pas mourir étouffés dans un lieu qu'il sentent se resserrer peu à peu sur eux » (p. 23). « A citer encore les érotomanes qu'on peut classer dans les délirants par instinct de la conservation et qui voyagent pour le satisfaire. » (p. 23).

« La lycanthropie est une cause de fugues » (p. 27). « L'anthropophagie peut être aussi une cause de fugues » (id.), etc., etc... Sans doute, à l'appui de ces allégations, les observations sont rares ou absentes ; mais une d'elles, en revanche, occupe exactement la moitié de l'ouvrage. Elle se rapporte à un malade qui paraît être un hystérique et que M. Tissié définit ainsi: « Albert D... est un héréditaire, faible d'esprit mais intelligent (p. 101) qui part sous l'influence d'une idée fixe qui l'étreint et le captive » (p. 105). (Tissié. Les Aliénés voyageurs. Th. Bordeaux, 1887.)

(2) H. Meige. — *Etudes sur certains névropathes voyageurs. Le Juif errant à la Salpêtrière.* Thèse Paris, 1893.

res ou mythologiques ; presque toujours l'existence de fugues est notée sans aucun détail ; l'examen du malade paraît superficiel ; enfin beaucoup d'observations très défectueuses sont admises sans aucune critique et servent de base à des conclusions autoritaires, comme s'il était vrai qu'un fait, sans valeur à son apparition, en acquiert une de plus en plus grande à mesure qu'il est plus souvent reproduit.

En Allemagne, on s'est très peu occupé de l'automatisme ambulatoire. Ce n'est que tout récemment que E. Schultze, Donalt et Heilbronner ont fait sur ce sujet des travaux d'ensemble. Ils répètent d'ailleurs, sans modification sensible, les idées françaises telles que les ont fixées les leçons de Charcot. (1).

La question des fugues des aliénés n'a donc pas, à proprement parler, de bibliographie. Dans mon mémoire sur les *Fugues dans la démence précoce* (2), j'ai donné huit observations et tenté une classification des fugues si intéressantes des déments précoces (3).

J'ai montré dans ce mémoire qu'aucun des caractères invoqués jusqu'ici pour définir les fugues ne semblait valable et j'ai proposé la définition suivante : « La fugue est un accès de vagabondage sans motif » (4). Cette formule, qui paraît applicable à tous les cas de véritables fugues élimine une foule de faits qu'on leur avait assimilés à tort et sépare nettement les malades que nous allons

(1) Le dernier en date de ces travaux allemands est d'Heilbronner: *Ueber Fugues und fugue-ahnliche Zustande.* ((*Jahrb. f. Psych. u. Neurol.* Bd. XXIII 103.) Behr en a donné une analyse in *Centr, f. Nerv. und Psych.* XXVII p. 358 (1904.)

(2) Maurice Ducosté. — *Les fugues dans la démence précoce.* (*Encéphale*, décembre 1906.)

(3) M. Maurice a soutenu en 1900, à Paris, une thèse sur *Les fugues chez les enfants.* MM. Deny et Roy, dans leur volume. *La démence précoce* (Paris 1903), ont rapporté (p. 70-71) une observation de fugue chez un dément précoce, et en note, très succinctement, un fait de M. Joffroy (fugue chez un paralytique général). Je noterai encore une communication de M. Wahl à la Soc. méd. psych. de Paris. (Trois observations de dégénérés migrateurs. (*Ann. méd. psych.*, XVII, 1903 p. 425 et sq.) où il apparaît nettement que MM. Thivet et Ballet ont vu des exemples de ces fugues que font presque tous les circulaires à leur période d'excitation.

(4) Il convient ici de faire une distinction entre le « but » et le « motif ». Si tous nos malades partent et vagabondent sans motif,

étudier des vagabonds d'habitude avec lesquels on les a maintes fois confondus (1).

Or, la distinction s'impose d'autant plus que les vagabonds sont en grande majorité des malades et qu'on peut les rattacher individuellement à des types cliniques connus. Charcot qui avait remarqué que l'hystéro-neurasthénie est « chose vraiment fréquente » chez les vagabonds, se demandait « si le vagabondage conduit à l'hystéro-neurasthénie ou si celle-ci, inversement conduit au vagabondage. » (2). Cette question « délicate » comme le disait Charcot, a été abordée en de très nombreuses publications. L'étude de Wilmanns est particulièrement suggestive (3). Sur 127 vagabonds, presque tous des hommes, examinés par ce clinicien, cinq seulement parurent normaux. Parmi les autres étaient particulièrement nombreux : les imbéciles, les hystériques, les épileptiques, les déments précoces. Ceux-ci forment à peu près la moitié des vagabonds. Il serait très intéressant de savoir si les vagabonds se recrutent parmi les malades qui ont fait des fugues plus ou moins longues ; assurément la fugue est parfois l'apprentissage du vagabon-

il n'y a que les déments qui ne fixent pas de but à leurs voyages. L'absence de but caractérise les fugues démentielles, j'entends la démence profonde (Blodsinn) et non l'affaiblissement intellectuel léger (Schwachsinn). Les épileptiques eux-mêmes ne partent pas sans savoir où ils vont. Pour citer l'exemple si connu rapporté par Legrand du Saulle, l'épileptique qui, parti du Havre, se retrouva sur un bateau en vue de Bombay, sans savoir comment il y était venu, avait évidemment, en état second, voulu gagner les Indes et vécu sur le paquebot, de la vie des autres passagers.

(1) Certains auteurs emploient pour désigner les fugues les mots : Automatisme ambulatoire (Charcot, Grasset et leurs élèves), vagabondage impulsif (Pitres), déterminisme impulsif (Duponchel), délire ambulatoire (Raymond), dromomanie (Régis), déambulation pathologique (divers), etc... Tous ces mots ne s'appliquent qu'à tel ou tel groupe de cas. Le mot « fugue » plus court d'ailleurs, et ne préjugeant rien, est seul suffisamment compréhensif.

(2) Charcot. — Cité par H. Meige *in* Thèse.

(3) K. Wilmanns. — *Les psychoses des vagabonds*. (*Centr. f. Nerv.* XXV. N. F. XIII. 1902). Analysé par P. Kéraval. *Arch. Neurologie* XVIII, 1904. p. 407. C'est grâce à l'amabilité de M. le Dr Keraval, dont l'érudition et la connaissance des langues étrangères m'ont été infiniment précieuses, que j'ai pu consulter les travaux allemands, russes, etc., approchant plus ou moins du sujet que je traite. Je l'en remercie très vivement.

dage ; mais il ne faudrait pas poser en principe qu'abandonnés à eux-mêmes tous ces malades deviennent nécessairement des vagabonds, Heilbronner paraît être de cet avis : d'après lui, les fugues se produisent chez des instables sous des excitations relativement minimes. Peu à peu ces excitations deviennent de plus en plus insignifiantes et il en résulte « un état habituel de fugues morbides », autrement dit de vagabondage; il est à craindre que cette explication soit tout hypothétique.

Meige, dans sa thèse sur le *Juif Errant* a abordé la question du vagabondage de race. Les opinions sur ce point sont diverses. Pour les uns la race errante serait la Sémite, pour les autres « l'Allemande » (1). Au demeurant, les Juifs, observés par M. Meige à la Salpêtrière étaient des hystéro-neurasthéniques. Quoi qu'il en soit, les fugues que nous étudions ici se distinguent nettement du vagabondage par leur caractère accidentel et transitoire.

Les observations qui suivent se rapportent à des malades atteints d'alcoolisme ou de diverses psychoses. Tous, sauf ceux des observations I et IV ont été suivis à la Maison de Santé de Ville-Evrard (2). Il est très possible qu'on puisse observer des fugues dans d'autres psychoses.

Les fugues alcooliques sont incontestablement mieux connues que les fugues des aliénés. Il faut remarquer que les hallucinations jouent dans le déterminisme de ces fugues un rôle moins important qu'on ne l'admet. Beaucoup de praticiens sont persuadés que, dans leurs fugues, les alcooliques fuient toujours leurs visions terrifiantes. Il en est ainsi dans un certain nombre de cas ; malgré les apparences, ils sont assez rares, et d'ailleurs, d'après notre définition, ces actes de défense des alcoo-

(1) CH. SCHŒBEL. — (La légende du *Juif errant*. Paris 1877) cité par H. Meige, *loc. cit.* p. 45, 46, 47.

(2) Comme pour mon mémoire sur *les Fugues dans la démence précoce*, ces observations proviennent du service de M. le Dr Sérieux, médecin en chef de la Maison de Santé de Ville-Evrard. C'est grâce aux observations de cet excellent Maitre et à ses conseils précieux que ce travail a pu être mené à bonne fin. Je suis heureux de pouvoir lui témoigner ici toute ma reconnaissance.

liques ne sont pas des fugues. Les fugues alcooliques sont plutôt fonction de ce besoin d'activité, de mouvement, indépendant de tout processus hallucinatoire que l'alcool développe tout d'abord, et facilement chez beaucoup d'individus, même lorsqu'il est pris à dose très faible. Ces fugues sont généralement courtes, conscientes, mnésiques, et leur origine toxique est facile à reconnaître.

Si l'intoxication est plus profonde on peut observer une autre espèce de fugue qui revêt les allures des fugues épileptiques ou hystériques. L'alcool, en effet, développe fréquemment des états de conscience tout à fait semblables à ceux des épileptiques et des hystériques et en ce sens on peut, en dehors de tout phénomène convulsif. parler, par analogie, d'épilepsie ou d'hystérie alcooliques (Francotte). La connaissance des excès alcooliques du sujet et l'anamnèse sont, dans ces cas, fort utiles et souvent même nécessaires au diagnostic différentiel. Je retrouve dans des notes anciennes l'histoire d'un alcoolique invétéré entré à l'Asile de Cadillac au mois de septembre 1897 et qui avait fait, plusieurs mois avant son internement une fugue dont l'allure comitiale pouvait faire croire à l'existence de l'épilepsie larvée.

Observation I. — X. 37 ans, entre à l'asile pour « folie alcoolique », manie alcoolique héréditaire ». C'est son troisième internement. Son père serait alcoolique. A son entrée, le malade est agité, violent, parle avec abondance sur un ton déclamatoire. Cet état maniaque cède au bout de quelques jours. Il présente les stigmates ordinaires de l'alcoolisme (Zoopsie, terreurs nocturnes, crampes, tremblements, pituites.)

Il y a six à sept mois, à la suite de libations abondantes, il est parti de Bordeaux et s'est retrouvé onze jours après son départ dans les environs de Limoges. Ce qui s'était passé pendant ces onze jours, ce qu'il avait fait fait et la façon dont il s'était rendu à Limoges, il n'en savait absolument rien. Tout souvenir s'était effacé de ces quelques jours.

Ce malade ne présente aucun stigmate d'hystérie ou d'épilepsie ; on ne relève dans ses antécédents aucune crise convulsive, aucun vertige, aucune absence qui puissent faire croire au mal comitial. On est forcé de conclure à une fugue accomplie en un véritable état second développé sous l'influence de l'alcool.

Dans l'hypnose provoquée, le souvenir peut être rappelé, on le sait, d'actes accomplis par les alcooliques en

état d'ivresse et complètement oubliés dans l'état normal. On trouvera dans une communication de Dobrotworsky (1), une observation assez semblable à celle de notre alcoolique.

Ces deux variétés de fugues alcooliques, celles qui sont dues au besoin de mouvement des premières périodes de l'ivresse et celles qui sont exécutées en état second appellent deux remarques intéressantes.

On rapporte à l'alcoolisme des troubles intellectuels ou des réactions, motrices ou morales, qui reconnaissent souvent une tout autre influence. C'est ainsi que les phases maniaques de la folie intermittente peuvent être mises sur le compte d'excès de boissons. Ils n'en constituent qu'un symptôme. Fugues, dypsomanie, excès sexuels, apparaissent généralement ensemble au début de la manie ; beaucoup de ces cas sont catalogués à tort « alcoolisme ». Il semble qu'en de tels diagnostics, le médecin se laisse influencer trop facilement par les opinions du malade et de son entourage : le sujet, dit-on, a cherché dans l'alcool un remède à la dépression, une consolation à la tristesse qui précèdent si souvent, toujours peut-être, les épisodes maniaques, et l'intoxication alcoolique fait éclater l'agitation.

Interprétation d'une psychologie simpliste ; il convient de ne pas trop s'y attacher et précisément en ce qui concerne les fugues. Je veux placer ici l'observation d'un malade pris pour un alcoolique par lui-même, par sa femme et par ses médecins, alors qu'il rentre sans efforts dans le cadre de la folie intermittente.

Observation II. — X. 37 ans, entre à la Maison de Santé de Ville-Evrard au mois de mars 1906, avec le diagnostic d'« alcoolisme subaigü avec impulsion à la déambulation. Plusieurs fugues sans motifs mais conscientes et sans obsessions ». Père mort à 50 ans de diabète ; mère morte à 60 ans d'affection cardiaque. Un frère, une sœur bien portants. Pas de tares nerveuses ou mentales dans la famille.

Antécédents personnels.— A 20 ans, fièvre typhoïde grave. A 26

(1) S. Dobrotworsky. — *Cas d'automatisme ambulatoire extrêmement prolongé.* (*Obrozrénié psichiatrii* IV. 1899). Analysée par P. Keraval in *Arch. Neur.* 2e s. XII, 1901, p. 130.

ans maladie infectieuse indéterminée avec fièvre intense et érythème aux jambes et aux fesses. Pas de syphilis. Pas d'accidents convulsifs. A toujours été d'humeur très changeante. Par moments était découragé, avait « des idées tristes à pleurer ». à d'autres moments était exubérant, courtisait les femmes, buvait.

Fugues. — La première date de 1896 (il avait 27 ans) ; étant acteur dans un théâtre ambulant, il partit, sans avoir rien prémédité, à midi, avant la représentation où il devait jouer ; il avait fait des excès alcooliques depuis quelques jours ; il revient quelques heures plus tard. Depuis, il a fait d'autres fugues sans grande importance jusqu'en octobre 1905. « La maladie, écrit la famille, consiste en l'idée de voyage, il se sauve à tout moment. » Mais « depuis octobre 1905 l'idée de voyage l'a repris de plus fort et il est parti environ 4 à 5 fois à Marseille, Bordeaux, Rouen, Tours. » Au mois d'août 1905, son caractère change ; il devient irritable, commet des actes extravagants qu'il explique mal, il est « faible moralement et physiquement », il néglige ses occupations professionnelles, fréquente les cafés, fait des excès sexuels.

En octobre 1905 il quitte brusquement sans aucun motif la maison où il est comptable depuis un an et demi, et part pour Bordeaux ; arrivé à Orléans, il se dit : « Pourquoi vais-je à Bordeaux ? C'est idiot ! » Il se fait rembourser son billet et rentre à Paris.

En janvier 1906, autre fugue semblable à Marseille. Deux heures après son arrivée, il reprend le train pour Paris. Dès le lendemain il repart pour Bordeaux, y couche et revient à Paris par le premier train du matin.

Ces fugues sont entièrement conscientes et mnésiques ; bien qu'il dise lui-même qu'elles ne sont pas motivées, le malade ne s'embarque pas sans argent, il prend un billet, mange au buffet ou au wagon-restaurant ; il est cependant surexcité, agité, ne peut supporter aucun contre-temps. Simultanément, il fait des excès alcooliques et sexuels. Il dit boire « pour se remonter » et a remarqué « que ses fugues suivent les excès de boisson. »

Pas de stigmates hystériques, ni de crises convulsives, ni d'absences. Pas de cauchemars, pas d'hallucinations terrifiantes, pas de symptômes objectifs d'alcoolisme.

Tremblement des mains, de la langue (?)

A son entrée à la Maison de santé, il est légèrement déprimé ; il écrit lui-même le jour de son admission : « Je suis malade moralement ; je manque de forces, faiblesse extrême. Etourdissements, crampes. La nuit manque de sommeil ; l'énergie me fait absolument défaut. » En peu de jours, il redevient gai « sent sa mémoire et son énergie revenir. » Il conserve un peu de tremble-

ment des mains. Il attribue sa maladie à l'alcoolisme. Il peut être rendu à la liberté un mois après son entrée.

Voici donc un malade jugé alcoolique. Les fugues sont, on le voit, absolument différentes des deux espèces précédentes qui, elles, reconnaissent une origine alcoolique : si l'on avait connu la symptomatologie de ces fugues, l'erreur de diagnostic n'eût pas sans doute été commise. X. est réellement un circulaire. Il a depuis longtemps des accès de manie et de mélancolie qui, depuis quelque temps sont devenus très manifestes ; ces accès sont parfois très courts : dans la même journée le malade peut passer successivement de l'agitation à l'abattement ou à l'état normal. Il part pour Bordeaux, par exemple, et soudainement en rémission, il a la conscience nette du cachet maladif de son acte, il s'arrête à Orléans, non sans s'être fait rembourser son billet, et revient à Paris.

Comme tous les malades guéris, il avoue que ces fugues ne sont pas motivées, mais comme la grande majorité des malades conscients, il interprète ses actes : « Il boit parce qu'il est déprimé, il court après les femmes et fait des fugues parce qu'il a bu. » Explication banale et sans valeur : en réalité, il fait des fugues, il commet des excès sexuels et alcooliques dans les phases maniaques, il est découragé, déprimé « triste à pleurer » dans les phases mélancoliques de sa psychose.

L'autre remarque que je désire faire à propos des fugues alcooliques se rapporte à ces besoins de mouvement périodiques, sans raison plausible, tout à fait semblables à ceux de l'ivresse légère que présentent certains individus d'apparence normale. P. Janet en a observé quelques exemples (1).

Il y voit des « crises de marche pour la marche » chez des psychasthéniques ; il les classe parmi les « processus obsédants » de Thomsen (2) (Zwangsvorgänge) par opposition aux « idées obsidantes » (Zwangsvorstellungen). Ces « agités » ont des crises plus ou moins durables dans

(1) P. Janet. *Les obsessions de la psychasthénie*, I. p. 176.
(2) Thomsen. *Contrib. à l'étude clin. des idées obsédantes*. (*Arch. Psych*. XXVII. 1895,) cité par Janet.

lesquelles ils marchent, parlent et boivent avec excès. Certains tentent quelques maladroites explications de leur conduite. Il n'est pas douteux que la fréquence de l'alcoolisme et les préjugés populaires ne facilitent souvent à leur sujet des diagnostics erronés. Peut-être s'agit-il ici parfois de circulaires frustes. Des « crises de marche » similaires se rencontrent encore souvent au début de la démence précoce. J'en ai cité deux observations dans mon mémoire précité et j'ai donné à ces phénomènes le nom de « fugues d'instabilité ».

En résumé, en ce qui concerne l'alcoolisme, on y observe deux espèces de fugues : les « fugues d'instabilité » du début de l'ivresse, et les fugues de l'état second alcoolique. Plutôt que sur les constatations de quelques excès alcooliques — chose banale — on basera le diagnostic sur les caractères même de la fugue. On songera, pour établir le diagnostic différentiel des premières, aux états maniaques des circulaires, frustes ou non, aux « fugues d'instabilité » (d'origine parfois indéterminée), et pour les secondes, on les distinguera, par l'anamnèse, les concomitances (crises convulsives, stigmates), des fugues hystériques (diagnostic généralement facile) et épileptiques (diagnostic souvent délicat). (*A suivre.*)

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES

I. — **L'action de quelques bactéries anaérobies principalement par symbiose avec des bactéries aérobies ainsi que de leurs toxines, sur les nerfs périphériques, les ganglions spinaux et la moelle épinière**, par le Professeur A. Homen. (*Arbeiten aus dem pathologischem Institut der Universitæt Helsingfors*, 1905.)

Le professeur Homen traite dans ce travail du bacillus botulinus ou bacille du botulisme. Les principaux résultats obtenus par l'auteur peuvent se résumer comme suit : le bacillus botulinus injecté seul disparaît très vite ; qu'on injecte le bacille ou le liquide de culture filtré, les altérations produites sont les mêmes ; l'injection dans les nerfs ne provoque pas d'altérations des cel-

lules de la moelle ; l'injection dans la moelle s'accompagne au contraire de chromatolyse cellulaire, par action toxique probable. Mais l'auteur s'est principalement attaché à étudier au sujet du bacillus botulinus les faits d'association microbienne. De nombreuses et minutieuses expériences ont été faites principalement sur des lapins, afin de déterminer les conditions dans lesquelles s'exerce l'action d'autres microbes. Homen a ainsi recherché les effets de la symbiose avec le streptococus, le bacillus prodigiosus, et le micrococcus, flavus liquefaciens (Flüger), et le micrococcus roseus (Eisenberg). C'est l'association avec le streptococcus la plus intéressante et celle dont l'influence est la plus marquée : le botulinus se propage avec lui le long des gaines lymphatiques. L'auteur conclut : les recherches précédentes établissent ce fait important pour la pathologie humaine qu'un saprophyte complètement anaérobie mais fortement toxigène continue à vivre et à se multiplier en symbiose avec certaines bactéries aérobies, au moins aussi longtemps qu'il peut exercer des propriétés toxiques spécifiques. L'auteur va poursuivre ses recherches avec d'autres bactéries anaérobies. Les planches jointes au travail, et qui représentent à des grossissements divers les coupes des nerfs étudiés, sont particulièrement démonstratives. Th. SIMON.

Nous croyons devoir signaler dans le même volume les mémoires suivants :

Drei Falle von Kaudaaffectionen nebst Beitragen zur topographischen Analyse der Hinter strangerkrankungen. Von Dozent Dr Chr. Sibelius Taf. III. IV.

Studien zur Poliomyelitis acuta-zugleich ein Beitrag zur Kenntnis der Myelitis acuta, von Ivar Wickmann. (Taf.V.XII.

Zur Kenntnis der sog. Dactylitis syphilitica, von Prof. Dr J. J. Karvonen. (Taf. XIII. XIX).

Zur Kenntnis der durch den Aspergillus fumigatus in den Lungen hervorgerufenen Veranderungen, von Dozent Dr O. v. Hellens, (Taf. XV. XVI.)

Die Einwirkung einiger Bakterien und ihrer Toxine auf den Heizmuskel, Von Dr Max Bjorksten.

Ein Fall vom bitemporaler Hemianopsie mik Sektionsbefund. Von D. J. Silfvast.

Seltene Sektionsfalle, von Prof. Dr E. A. Homen.

II. — **La science et une vie future** ; par William GRAHAM. Janvier 1905.)

Travail intéressant mais encore plus métaphysique que scientifique. R. M. C.

III. — **Sur la continuité des cellules nerveuses et sur quelques autres sujets connexes**; par John TURNER (*The Journal of Mental Science*, avril 1905.)

L'auteur après avoir résumé l'opinion de Bethe rapporte ses observations personnelles faites avec la méthode pseudo-vitale. Il incline à croire qu'on s'apercevra que le réseau péri-cellulaire en chapelet est le grand moyen par lequel s'établit une connexion entre les différentes cellules du système nerveux central ; et bien qu'il soit aisé de construire un schema de l'écorce cérébrale qui réconcilie les faits observés par Cajal avec sa méthode et ceux que l'auteur a constatés par la sienne propre, il y a encore tant de points qui ne sont pas éclaircis qu'il ne voit aucun avantage à proposer une théorie que des faits nouveaux pourraient renverser demain. D'ailleurs, avant qu'un schéma de ce genre puisse aspirer à quelque durée, il faudrait qu'il comprît aussi les rapports des cellules cérébelleuses que nous ignorons encore à peu près complètement. Sa méthode d'ailleurs lui montre une foule de détails qu'il est, pour le moment incapable d'interpréter. Mais le point qui lui paraît bien établi, c'est que cette méthode montre une continuité réelle entre les différentes cellules corticales, car non seulement les cellules intercalaires sont réunies par leurs prolongements, mais du réseau péri-cellulaire en chapelet partant des fibres qui passent directement dans les axones des cellules pyramidales.

R. DE MUSGRAVE CLAY.

IV. — **Psychologie d'une forme particulière d'intoxication pathologique** ; par le professeur A. PICK (de Prague). (*The Journal of Mental Science*, janvier 1905.)

Remarques intéressantes, basées sur des observations, sur les formes et les causes des délires toxémiques. R. M. C.

V. — **La dépression mentale et la mélancolie considérées dans leurs rapports avec l'auto-intoxication et au point de vue spécial de la présence de l'indoxyl dans l'urine et de sa valeur clinique** ; par Arthur A. D. TOWNSEND. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1905.)

Voici les déductions de l'auteur : 1° dans les états de dépression l'excrétion de l'indoxyl est en excès ; 2° les malades qui excrètent de l'indoxyl en excès présentent des symptômes et des signes de toxémie ; 3° dans les cas d'exaltation mentale l'indoxyl est rarement augmenté ; son taux est normal ou inférieur au taux normal ; 4° dans quelques cas de troubles mentaux, l'indoxyl est en excès aussi bien pendant la phase maniaque que pendant la phase mélancolique; 5° plus l'atteinte mentale est grave plus l'indoxyl est en excès ; 6° plus l'excès d'indoxyl est considérable, plus

les symptômes et les signes de toxémie sont accusés ; ; 5° dans les cas rapportés par l'auteur, la guérison mentale a été précédée par le retour à l'état normal du taux de l'indoxyl.

Il n'est pas douteux que les sujets atteints de mélancolie souffrent plus ou moins de l'absorption de toxines, lesquelles sont le résultat de putréfactions anormales dans le tube intestinal, et il est reconnu que l'excès d'indoxyl dans l'urine est le signe indéniable de processus morbides de putréfactions ayant leur siège dans la partie supérieure de l'intestin. C'est ce qui se passe dans la mélancolie aigue : il reste à rechercher si ces processus de putréfaction sont primitifs et ont une valeur causale, ou bien s'ils sont secondaires et présentent le caractère d'une complication.

R. DE MUSGRAVE CLAY.

VI. — **Relevé quantitatif et qualitatif des leucocytes dans différentes formes de maladies mentales**; par A. S. M. PEEBLES. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1904.)

Recherches intéressantes et variées, mais qui nécessiteraient la reproduction intégrale des chiffres qu'elles ont fournis pour conserver leur intérêt. R. M. C.

VII. — **Etudes histologiques sur la localisation de la fonction cérébrale**; par Alfred W. CAMPBELL. (*The Journal of Mental Science*, Octobre 1904.)

Travail intéressant accompagné de planches qu'il faudrait reproduire pour la bonne intelligence du texte R. M. C

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE

I. — **Un cas de pseudo-angine de poitrine chez un épileptique**, par, H. ROWE JEREMY. (*The Journal of mental Science*, janvier 1905.)

Il s'agit bien ici d'un cas de fausse angine de poitrine, c'est-à-dire d'angine de poitrine vaso-motrice, survenu chez une épileptique de 39 ans. Eulenburg qui a été un des premiers à ranger les troubles du système nerveux vaso-moteur parmi les variétés de névroses cardiaques capables de provoquer l'angine de poitrine avait déjà noté que cette angine se rencontre dans les familles entachées de folie ou d'épilepsie. Survenant chez un sujet atteint d'épilepsie, ce fait est intéressant, car il suggère l'idée que l'attaque d'angine de poitrine pourrait être due à une perturbation des cellules du centre vaso-moteur de la moelle allongée, semblable à la

perturbation des cellules cérébrales corticales qui donne naissance à l'attaque d'épilepsie. R. DE MUSGRAVE CLAY.

II. — **Anévrysme cérébral de dimensions remarquables avec remarques sur l'observation**; par D. RICE (*Th Journal of Mental Science*, avril 1904.)

Il s'agit d'une femme de 65 ans,morte à l'asile après une période de faiblesse et d'agitation. Il y avait atrophie du cerveau dans les deux régions pariétales. Un anévrysme de la cérébrale antérieure droite comprime et déprime la circonvolution orbitaire droite qui est aplatie; postérieurement, il comprime et aplatit le chiasma et le nerf optique droit qui ont l'aspect d'une gelée verdâtre : le nerf optique gauche est intact ; l'anévrysme est rempli, sauf tout à fait à son extrémité où la sonde passe de la carotide interne dans la cérébrale antérieure.

Le caillot mesure 3 cent. 4 dans le sens antéro-postérieur, 3 cent. 2 dans le sens vertical et 2 cent. 9 dans le sens tranversal. Il pèse 20 gr. 33 — Ces dimensions et ce poids sont exceptionnels.

R. DE MUSGRAVE-CLAY.

III. — **Syphilis cérébrale avec ophthalmoplégie double**; par ACHARD. (*Bulletin médical*, n° 28, 1906.)

Leçon clinique de l'hôpital Tenon. Un sujet présente de la paralysie bilatérale des releveurs des paupières, du droit interne et,à un degré moindre, des droits supérieur e t inférieur, du petit oblique et du grand oblique mais qui respec tait le droit externe et la musculature interne de l'œil : muscle du corps ciliaire et muscle irien. C'était évidemment une lésion d'origine centrale qui attaquait certains noyaux d'origine du moteur oculaire commun, en respectait d'autres, et atteignait anssi le noyau du nerf pathétique. Le début avait été brusque. La malade avait eu autrefois une iritis double traitée par le mercure : on constata de l'albumine. Malgré cela Achard institua un traitement hydargyrique très intense qui amena une guérison des phénomènes oculaires, mais laissa intactes l'albuminurie et les lésions hépatiques. L. WAHI.

V. — **La neurasthénie chez les ouvriers** ; par le Dr GLORIEUX. (*Bull. de la Soc. de méd. mentale* de Belgique, 1905, n° 124.)

Sur 9.981 malades, atteints d'affections nerveuses l'auteur a relevé 1671 cas de neurasthénie, dont 803 chez l'homme et 868 chez la femme. Il a constaté en outre la fréquence particulière de la neurasthénie chez les ménagères (306 fois) et chez les tailleuses, modistes, ou lingères (189). Chez l'homme, les employés de bureau arrivent en tête avec le chiffre de 113, puis ce sont les

menuisiers ébénistes (57 cas), les cordonniers (39 cas), les peintres (28) et les typographes (21).

D'après cette statistique, la moyenne des cas de neurasthénie chez l'ouvrier est de 17,5 °/o chez l'homme et de 16 °/o chez la femme. Un autre fait qui se dégage de cette statistique c'est que la neurasthénie frappe tout spécialemement les ouvriers et les ouvrières qui travaillent en chambre, dans des bureaux fermés, mal ventilés ou insuffisamment aérés, etc., que, par contre, elle est très rare chez l'ouvrier, soumis à un travail même intensif, lorsque ce travail est effectué à l'air libre. G. Deny.

V. — **Un cas de glossoplégie unilatérale isolée due probablement à l'intoxication par l'oxyde de carbone**; par Riva. (*Rivista sperimentale di Freniatria.* Reggio Emilia, 1905 Vol. XXXI. fasc. II.)

Un malade, toujours bien portant jusque-là, et n'ayant aucune tare héréditaire, présenta une glossoplégie gauche unilatérale à la suite de céphalée par intoxication légère par le coke. On observe une atrophie totale de la moitié gauche de la langue, avec mouvements irréguliers de celle-ci. La surface est rugueuse, les mouvements sont impossibles du côté gauche. L'atrophie est nettement limitée à la ligne médiane, s'étendant à toute la moitié gauche, mais cependant moins prononcée à la région postérieure.

La parole est gênée, surtout la prononciation des lettres l, r, s, t.

La corde vocale du même côté est parfaitement normale et fonctionne régulièrement. Il y a une notable diminution de l'excitabilité électrique des muscles au courant faradique du côté gauche et sur le territoire de l'hypoglosse du même côté.

J. S.

VI. — **Observation d'une forme rare de pseudoesthésie**; par le Dr Mattirolo (*Journal. de Neurologie* 1906, n° 15.)

Après avoir retracé en quelques mots les caractères généraux des pseudo-esthésies, l'auteur relate l'observation d'un sujet chez lequel, depuis l'enfance, certaines paroles éveillent des sensations gustatives correspondant à la saveur de certains fruits ou de certains mets, ou même d'objets non comestibles. Ces sensations gustatives restent presque toujours à l'état de simple représentation mentale, quelquefois cependant elles sont assez fortes pour produire une augmentation de la sécrétion salivaire. En outre, lorsque ce sujet mange un aliment qui lui plaît, il prononce toujours automatiquement et mentalement la parole ou le mot qui ont la propriété d'éveiller la saveur de cet aliment.

D'après M. Mattirolo, le phénomène de la pseudo-esthésie qui vient d'être décrit, et qui est l'analogue de celui plus fréquent

de l'audition colorée, serait dû soit à une association fortuite d'idées datant de la jeunesse et développée d'une manière inconsciente, soit à un processus psychique spécial dont la nature intime nous échappe et qui aurait une certaine analogie avec celui qui préside au développement des hallucinations. G. DENY.

VII. — **Un cas de tumeur du lobe temporal**; par le Dr DEBOITTE. (*Bull. de la Soc. de méd. ment. de Belgique*, 1906, nº 125.)

L'observation qui fait l'objet de ce travail est celle d'un hypochondriaque, à l'autopsie duquel on trouva, outre quelques tubercules disséminés dans le poumon gauche, une tumeur carcinomateuse du mésocôlon ascendant avec métasase au niveau du lobe temporal gauche. Cette tumeur secondaire avait détruit la temporale supérieure, sauf le gyrus supra-marginalis, la partie antérieure de la temporale moyenne et de la temporale inférieure, la moitié antérieure de l'occipito-temporale externe, la circonvolution de l'hippocampe, les circonvoluions de l'insula et l'avant-mur.

La particularité intéressante sur laquelle insiste l'auteur est que bien qu'il fût droitier, le malade n'avait présenté à aucun moment de surdité verbale : il comprenait le langage oral, ses réponses étaient justes et son vocabulaire intact. G. DENY.

VIII. — **Amaurose permanente soudaine avec atrophie optique et épilepsie dans un cas de porencéphalie avec pachyméningite hémorragique**; par T. K. MONRO et JOHN FINDLAY. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1904.)

Il n'est pas facile dans ce cas dont l'auteur publie l'observation clinique d'expliquer la perte soudaine et bilatérale de la vision.

Le docteur Findlay qui a fait l'examen histologique pense que la porencéphalie a pris naissance dans un gliome devenu le siège d'une hémorhagie. Si cette interprétation est exacte, et bien qu'elle ne soit pas entièrement satisfaisante, l'auteur n'en a pas de meilleure à proposer, il y a lieu de noter plusieurs points intéressants : d'abord il est curieux qu'une tumeur de ce volume, donnant lieu comme elle l'a fait à de la névrite optique, n'ait provoqué aucun autre symptôme (céphalalgie, parésie par exemple); ensuite si, dans ces conditions, l'hémorhagie joue un rôle dans l'amaurose soudaine, il est singulier qu'elle non plus n'ait pas provoqué d'autres symptômes; enfin ce cas est intéressant et encourageant en tant que démontrant la possibilité d'un arrêt dans le développement d'une tumeur intracrânienne non syphilitique, fait d'ailleurs déjà observé par l'auteur dans les tumeurs tuberculeuses et les myxomes. Il semble donc que cette malade à l'âge de 33 ans, ait eu une névrite optique dépendant d'une tumeur intra-cranienne ne donnant lieu à aucun symptôme.

Un facteur inconnu — peut-être l'hémorrhagie survenue dans la tumeur, — a subitement aggravé la névrite et causé la perte soudaine de la vision. R. DE MUSGRAVE CLAY.

IX. — **Sur la coexistence des lésions syphilitiques tertiaires avec le tabes**; par MOULOT (*Bulletin médical*, n° 14, 1906.)

C'est une coïncidence rare que celle des lésions syphilitiques tertiaires avec le tabes. Lorsqu'elle existe, le tabes ne se distingue en rien du tabes vulgaire si ce n'est que la période ataxiqe paraît assez précoce. Les accidents spécifiques n'ont rien de particulier dans leur évolution : ils sont parfois très tardifs : ils ne permettent nullement d'apprécier la virulence particulière dans ces cas, mais ils montrent d'une façon certaine l'action étiologique de la syphilis dans les cas où cette infection a été ignorée. Le traitement de l'accident tertiaire a peut-être une action efficace sur le tabes incipiens, il n'en a aucune sur le tabes confirmé,

L. WHAL.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. — **Sur un cas dans lequel le traitement par l'extrait thyroïdien a donné à diverses reprises des résultats temporaires**; par NORAH KEMP. (*The Journal of Mental Science*, Janvier 1904)

Observation intéressante d'un cas de manie aiguë, datant de 9 ans, chez une femme de 25 ans, et s'accompagnant d'une extrême agitation. Non pas une seule fois, mais à diverses reprises, l'extrait thyroïdien a amené chez cette malade un calme complet, qui malheureusement, disparaissait promptement avec la cessation du médicament. Malheureusement aussi, on ne pouvait en continuer l'emploi de manière à obtenir une sédation permanente ou tout du moins durable, car les symptômes physiologiques (adynamie et asthénie cardiaque) ne tardaient pas à se manisfester.

R. DE MUSGRAVE CLAY.

II. — **Un cas d'épilepsie : cessation des attaques sous l'influence de la Salicine**; par W. T. VINCENT. (*The Journal of Mental Science*, avril 1904.)

Le titre de ce travail peut lui servir de résumé. R.M.C.

III. — **Les rapports des symptômes mentaux avec les maladies somatiques, considérés principalement au point de vue de leur traitement hors des asiles d'aliénés**; par Nathan RAW. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1904.)

Une longue observation des aliénés (2.500 certificats d'inter-

nement) a conduit l'auteur à la conviction très nette que beaucoup de personnes sont internées dans des asiles alors qu'elles présentent simplement une folie passagère consécutive ou associée à une maladie somatique ou à une intoxication : ces malades ne sont pas réellement fous et ne doivent pas être mêlés aux aliénés : ils guérissent très vite au moyen d'un traitement approprié et il serait avantageux pour eux, pour leur famille et pour la société de les soigner dans des hôpitaux spéciaux.

R. DE MUSGRAVE-CLAY.

IV. — **Note clinique sur un cas de constipation rebelle causée par une accumulation de noyaux de prunes dans le rectum**; par J. OGILVIE VEITCH. (*The Journal of Mental Science*, avril 1904.)

Il s'agit d'une femme, démente, dans le rectum de laquelle s'étaient accumulés une cinquantaine de noyaux de prunes, qui s'étaient incorporés à la masse fécale, qui n'ont donné lieu à aucun autre symptôme que la constipation et qui ont été enlevés à l'aide de doigts. R.M. C.

V — **Sur l'emploi expérimental des antisérums dans la folie aiguë**; par Lewis C. BRUCE (*The Journal of Mental Science*, avril 1904.)

Les sérums expérimentés ont été l'anti-streptococcique, l'antistaphylococcique et le sérum antagoniste du bacillus-coli. En faisant ces essais on a obéi à l'idée que beaucoup de folies aigues avaient une origine bactérienne. Il faut noter d'abord que la voie buccale a toujours paru nettement préférable à la voie sous-cutanée. Dans plusieurs cas on a pu constater que l'emploi de ces sérums n'avait rien de spécifique, puisque l'on pouvait employer l'un ou l'autre d'entre eux avec des résultats équivalents, dont le principal et le plus fidèle est une action hypnotique manifeste (50 % des cas). Les sérums ont aussi pour conséquence ordinaire un abaissement de la température. R. DE MISGRAVE-CLAY.

VI. — **Le traitement éducationnel des jeunes épileptiques** ; par G. E. SHUTTLEWORTH. (*The Journal of Mental Science*, octobre 1904.)

L'auteur a été amené par des recherches poursuivies avec persévérance aux conclusions suivantes.

1° Chez les enfants l'épilepsie *per se* ne doit pas être considérée comme une disqualification à l'égard de l'éducation.

2° En ce qui touche les classes élémentaires de l'école, tous les enfants réputés épileptiques doivent être classés à part par l'autorité scolaire et soumis à l'examen du médecin au point de vue de la direction à donner à leur travail et à leur éducation.

Il va de soi que le traitement éducationnel des enfants épileptiques doit être *médico-pédagogique*, c'est à-dire que le médecin et le maître doivent le régler et le diriger de concert.

R. DE MUSGRAVE CLAY.

VII. — **Action de l'atropine dans un cas de pouls lent permanent**; par SIMON (de Paris) et SCHMIDT (de Molsheim). (*Bulletin médical*, n° 18, 1906.)

Un sujet de 75 ans est depuis trois ans atteint de crises vertigineuses-syncopales, avec diplopie. Sous l'influence de trois demi-milligrammes d'atropine et de 1-6 milligrammes de tétranitrol, les syncopes diminuèrent, et peu à peu disparurent ; cela était évidemment dû à l'action physiologique de l'atropine sur le pneumogastrique (terminaisons intra-cardiaques du X) : le tétranitrol employé seul n'avait pas eu d'action. L WAHL.

VIII.—**L'antisepsie générale dans le traitement des neuro-psychoses**: par Edward BLAKE.(*The Journal of Mental Science*, juillet 1905.)

L'auteur relate sommairement un cas de folie avec stupeur et un cas d'érotomanie épileptique, tous deux stéréotypés par la staphylotoxine. R. M. C.

IX. — **Note sur le véronal étudié comme hypnotique et comme sédatif dans les affections mentales**; par H. de M. ALEXANDER. (*The Journal of mental Science*, janvier 1905.)

Le véronal ressemble par son aspect au trional; il est sans odeur, à peu près sans saveur, et facilement soluble dans les liquides chauds. L'auteur l'a employé dans les diverses formes de maladies mentales, toujours avec succès, et voici le résultat de ses constatations : 1° dans l'insomnie de la mélancolie aiguë, il est le meilleur des hypnotiques et donne un sommeil naturel sans troubler l'appétit et sans modifier le poids du corps. Il faut régler la dose comme on réglerait la dose d'un laxatif dans un cas de constipation : ordinairement cette dose varie de 0,50 à 0,75 centig. Il est essentiel dans la mélancolie, surtout au début, de combattre l'insomnie, parce qu'elle contribue à augmenter ce que Kraepelin a appelé la « dépression appréhensive ».

Le véronal donne ici un sommeil semblable au sommeil naturel, l'état de langueur qui peut lui succéder est de la vraie somnolence et non de la lassitude. 2° Pour maitriser l'excitation dans la manie aiguë l'auteur donne le véronal à la dose de 0,90 centig. et une nouvelle dose presque égale si au bout d'une heure le calme ne se produit pas : il n'a jamais été nécessaire de dépasser la dose initiale de 1 gr. 50 centig. 3° Dans l'excitation motrice de la paralysie générale et du *délirium tremens* les effets utiles du véronal sont particulièrement manifestes. 4° Dans l'agitation persistante de la ma-

nie sénile, le véronal est supérieur au sulfonal et une petite dose donnée trois fois fois par jour agit plus efficacement qu'une dose ordinaire donnée en une fois. 5° Le véronal est efficace aussi dans les cas chroniques lorsque l'exacerbation de l'agitation est due à la vivacité subjective d'une hallucination sensorielle. 6° Dans tous les cas de folie où une sédation est nécessaire et où le malade refuse toute nourriture le véronal est plus facile à administrer par le tube que le sulfonal ou le trional. 7° L'incoordination musculaire des extrémités a été notée dans deux cas de manie très aigue après l'administration de 1 gr. 50 de véronal en deux jours ; elle était aussi accentuée que celle que l'on observe quelquefois après les doses élevées de sulfonal ; elle a disparu rapidement dès qu'on a suspendu l'emploi du médicament et ne s'est accompagnées d'aucune modification ni du pouls ni de l'aspect général du malade. 8° Jamais l'urine n'a présenté le moindre caractère anormal. 9° Une éruption d'aspect oéséoleux a été notée sur la face et le thorax d'un malade après la première dose, et s'est reproduite après l'administration de chaque dose ultérieure, ce qui a fait supposer qu'il s'agissait d'une idiosyncrasie. 10° Le véronal est représenté comme un médicament sans danger et il a pu en effet être administré avec des résultats favorables à un malade qui présentait une agitation extrême associé au *délirium tremens*, et dont le cas se compliquait de congestion pulmonaire, de dilatation du cœur et de névrite multiple très accentuée. 11° Le seul reproche que l'on puisse faire au véronal c'est que son prix est élevé. R. DE MUSGRAVE CLAY.

X. — **Le travail dans la thérapeutique des maladies mentales** ; par le Dr CUYLITES (*Bull. de la Soc. de méd. mentale de Belgique*, octobre 1905).

(Voir l'analyse de ce travail in *Archives de Neurologie*, 11 novembre 1905). Compte-rendu du 1er Congrès belge de neurologie et de psychiatrie.

XI. — **Le caractère et le tempérament de nos malades et comment ils peuvent nous aider dans le traitement** ; par Lionel A. WEATHERLY. (*The Journal of mental Science*, juillet 1905.)

C'est un inconvénient des grands asiles que les chefs de service ne puissent pas y connaître plus complètement, plus personnellement leurs malades, leurs caractères et le tempérament de leurs maladies. Le traitement y gagnerait; pour ne prendre qu'un exemple, on éviterait à certains malades bien des crises d'agitation en respectant certaines de leurs habitudes, de leurs manies même ; en effet la répugnance que nous avons tous à subir une direction dans les menus détails de la vie courante s'exagère souvent chez les aliénés, et les minces contrariétés qui en résultent se traduisent souvent chez eux par de la colère et de l'agitation. Même au

point de vue de la discipline, ils doivent être traités comme les enfants auxquels une discipline rigoureusement uniforme ne saurait être ni applicable ni utile en raison même de la diversité des tempéraments et des caractères. R. DE MUSGRAVE CLAY.

XII.— **Sur l'emploi des médicaments hypnotiques dans le traitement de l'insomnie**; par M. Maule SMITH.(*The Journal of Mental Science*. Juillet 1905)

On considère avec raison comme suspects tous les médicaments qui modifient le fonctionnement des fonctions cérébrales supérieures, et par conséquent la question de savoir s'il faut ou s'il ne faut pas donner d'hypnotique constitue pour chaque cas particulier un petit problème à résoudre.

Evidemment, ce sont les hypnotiques qui donnent un sommeil aussi voisin que possible du sommeil naturel qui agissent le moins sur les centres supérieurs : ceux qui tout en donnant le sommeil modifient sensiblement l'état des vaisseaux sanguins s'accompagnent de malaise au réveil.

Le sommeil naturel n'a manifestement qu'un seul facteur primordial qui est la fatigue ; mais la fatigue détermine -t-elle une modification des cellules nerveuses elles-mêmes, ou bien des tissus environnants ? et si ces deux causes interviennent, quelle est leur part respective ? c'est un point à déterminer. On pourrait penser que si la fatigue des éléments psychiques est le facteur primitif de la productiondu sommeil et l'abaissement de la pression sanguine un phénomène consécutif la courbe de l'intensité de l'inconscience et la courbe indicatrice de la tension vasculaire doivent être conformes l'une à l'autre ; il n'en est rien et ces deux courbes peuvent varier considérablement.

Toute insomnie pathologique, quel qu'en soit le degré, implique une lésion plus ou moins accusée des territoires psychiques, et puisque le sommeil naturel est probablement le résultat des modifitions imposées à ces territoires par la fatigue saine, il en résulte que l'insomnie est causée par un trouble intervenu dans leur fonctionnement physiologique ; et si variables que soient les causes, elles sont, les unes physiques, les autres mentales.

Passant ensuite au traitement de l'insomnie,l'auteur la considère comme un des symptômes qu'il est le plus nécessaire de combattre parce que, chez les sujets sains, sa persistance peut devenir la cause d'un véritable effondrement mental et chez les aliénés elle aggrave la maladie et conduit le malade à la prostration.

Les hypnotiques peuvent être divisés en deux catégories; 1° hypnotiques indirects (exercices physiques, bains, massage, régime, toniques) 2° hypnotiques directs (air pur, médicaments).

Dans l'insomnie de cause physique, les hypnotiques, en règle générale, ne sont pas nécessaires et sont même nuisibles, à

moins pourtant que par sa persistance elle ne menace d'avoir des conéquences mentales. Dans les cas où la mentalité est encore saine, dans les neurasthénies par exemple, il faut s'en abstenir le plus longtemps possible. Dans les maladies mentales, au contraire, leur emploi doit être considéré comme un auxiliaire important et nécessaire du traitement : il faut donner aux centres psychiques détraqués un temps de repos, seule chance pour eux de retrouver leur équilibre normal.

Si l'on peut être amené à s'abstenir de médicaments hypnotiques dans les cas récents et probablement curables, l'humanité tant à l'égard du malade qu'à l'égard de ceux qui l'entourent, en imposera l'emploi dans les cas où il n'y a aucun espoir de guérison. Au point de vue du choix de l'hypnotique l'auteur ne conclut pas mais constate que le véronal a donné jusqu'ici des résultats non uniformes mais fort satisfaisants. R. DE MUSGRAVE CLAY.

REVUE DE MÉDECINE LÉGALE

I. — **La paralysie générale et le crime** ; par JOHN BAKER. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1904.)

L'auteur rapporte avec plus ou moins de détails plusieurs car intéressants mais sans formuler de conclusions générales.

R. M. C.

II. — **Simulation de la crise d'épilepsie** ; par CHAVIGNY. (*Bulletin médical*, n° 27, 1906.)

Il est en général très difficile d'être fixé sur la nature exacte d'une crise nerveuse à laquelle on n'a pas assisté et qui d'après les renseignements peut être anormale : très difficile est le diagnostic de la simulation dans ce cas, à moins qu'elle ne soit très grossière ou que l'on ait constaté des signes nettement apocryphes. Mais on sait que les crises sont souvent identiques chez un même sujet,de plus la crise laisse après elle des troubles de la réflectivité, généralement de la diminution (Féré) plus rarement une augmentation très transitoire, de la faiblesse musculaire, du tremblement, de la parésie des membres inférieurs, des troubles de la parole qui rappellent ceux de la paralysie générale, du nystagmus, du myxœdeme, de la stupeur, de l'anesthésie cutanée,de la diminution de l'acuité visuelle et de l'activité des échanges organiques. Nous sommes étonné de ne pas voir citer par l'auteur, comme élément de diagnostic, l'élévation de température signalée depuis longtemps par M. Bourneville. L. WAHL.

III. — **Expertise médico-légale**; par les Drs de BOECK et de RODE. (*Bull. de la Soc. de med. ment. de Belgique*, 1906, n° 126.)

Il s'agit d'une femme qui avait empoisonné ses trois enfants avec de l'arsenic. Au cours de la prévention, cette femme présenta des phénomènes d'agitation, avec hallucinations de l'ouïe qui nécessitèrent son internement. Les experts ayant déclaré que l'inculpée était atteinte de folie homicide et qu'elle était déjà en cet état de démence au moment où elle empoisonnait ses enfants, une ordonnance de non-lieu fut rendue et la collocation maintenue. G. D.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

I. — **Rapport de la commission nommée par l'Association Médico-Psychologique pour étudier un cas de double conscience**; par ALFRED WILSON (*The Journal of Mental Science*, Juillet 1904.)

Il s'agit d'une femme de 22 ans présentant des phénomènes très curieux de double conscience, et dont l'observation abrégée a été publiée dans le *Journal of Mental science* de 1903 et l'observation intégrale dans le N° d'octobre 1904 du même journal ; elle a été soumise à l'examen d'une commission et les conclusions de cette commission constituent le meilleur résumé que l'on puisse donner, c'est pourquoi nous ne pouvons mieux faire que de les reproduire à peu près complètement.

1° La commission, dont quelques membres avaient abordé l'étude de cette malade avec un certain scepticisme a été d'accord pour admettre que les manifestations observées sont incontestablement authentiques.

2° La malade a présenté des changements de personnalité tantôt incomplets, tantôt brusques, tantôt graduels. Dans certains de ces états, elle était entièrement,— et dans tous partiellement — ignorante de sa propre vie dans les autres états. Avant sa maladie de Pâques 1895 elle était selon toute apparence saine de corps et d'esprit.

3° Dans quelques-uns de ces états elle perdait complètement les notions acquises et facilement mises en pratique dans les autres états (dessin, écriture, nomenclature).

4° Dans d'autres états son sens de la différenciation était considérablement augmenté, par exemple le sens du toucher dans ses rapports avec la copie de dessins ou de mots en état de cécité.

5° Dans ces différents états, quelques-unes de ses facultés ou

de ses possibilités normales étaient également abolies soit brusquement, soit graduellement et reparaissaient ensuite de la même manière : cette observation s'applique plus spécialement à la paralysie des pieds et plus rarement des mains. Elle perdait aussi la vue subitement (sans aucun signe ophtalmoscopique), et par intervalles elle la recouvrait soudainement pour un temps très court. La parole et l'audition étaient également atteintes.

A d'autres moments l'intelligence était abolie et elle devenait imbécile.

6° La commission estime que la faculté qu'elle a récemment acquise de dessiner en état de cécité, particulièrement avec l'aide du toucher seul, est un fait extrêmement remarquable. Même remarque pour la réversion des idées, la substitution des couleurs complémentaires et l'écriture de gauche à droite. a

7° Ses dispositions, son caractère, présentaient d'un état à un autre des différences considérables.

Dans son état actuel, qui est anormal, elle est bienveillante et a d'excellents principes, et il en est de même dans un ou deux autres états.

Au contraire, dans certains autres états, elle ressemble à une enfant très méchante et très volontaire ; dans d'autres enfin elle est cruelle, vicieuse, voleuse, détruit tout et a même des tendances homicides. A ces moments, elle n'est influencée ni par le raisonnement ni par la persuasion ou la suggestion, et toute menace de châtiment physique provoque un ressentiment hostile.

8° Son écriture est nettement modifiée dans quelques-uns des états par où elle passe, et l'on peut y distinguer trois ou quatre types différents.

9° La commission insiste particulièrement sur ce point que la continuité de la mémoire s'étend sur toutes les circonstances et sur toutes les périodes afférentes à un état donné. Quand elle est dans tel ou tel de ses états, elle se souvient de tout ce qui s'est passé dans cet état soit actuellement soit dans tous les états semblables passés. Mais le vide de la mémoire est absolu dès qu'il s'agit des autres états. Au bout de sept mois elle demande à finir le repas qu'un changement d'état a interrompu.

10° Au point de vue sensoriel on n'a pas noté l'anesthésie. Mais dans certaines circonstances, associées surtout à la catalepsie, il y avait de l'hypersthésie. A noter aussi que dans un de ses états elle était très sujette aux maux de dents et que dans l'état suivant elle n'avait ni souvenir ni conscience de la douleur.

11° Sa santé générale variait selon les différents états : on l'a vue passer en quelques minutes d'un état de collapsus en apparence inquiétant à un état de réelle vigueur et de surprenante activité.

12° Cette douzième conclusion qui n'est utile que pour la

lecture de l'observation indique la classification adoptée par la commission pour désigner les diverses phases : elle a appelé A l'état normal et B^1, B^2, B^3, etc. la série des états anormaux, tout en reconnaissant qu'il y a entre plusieurs d'entre eux d'assez étroites relations.

13° Jamais, dans aucun de ses états, la malade n'a été malpropre.

14° Bien qu'aucun de ces états ne puisse être considéré comme appartenant au « petit mal » il est important de noter que la malade a eu trois crises épileptiformes dans aucune desquelles elle ne s'est mordu la langue.

15° La durée maxima d'un même état a été de dix semaines; d'autres ont duré de quatre à neuf semaines : la durée minima a été de deux à trois minutes : on l'a vue une fois changer trois fois d'état en cinq minutes. Elle passait d'un état anormal à l'état normal, puis de l'état normal à un autre état anormal. L'apparition d'une période intercalaire normale entre deux états anormaux a été notée plus d'une fois.

16° La succession des différents états n'obéissait à aucune règle; cependant on les a vus assez souvent se succéder dans l'ordre de leur progression initiale.

17° Cette succession d'états différents dura environ trois ans, au bout desquels la malade se fixa dans l'un d'eux, où elle est demeurée, sans que l'état normal ait paru jamais reprendre sa place.

En terminant, le rapporteur déclare que la Commission ne propose aucune explication des faits observés et se borne à demander la publication de l'observation intégrale avec fac-simile d'écriture dans le *Journal of Mental Science*. — On trouvera cette observation avec tous ses détails dans le numéro d'octobre 1904.

II.— **Une note clinique sur l'automatisme alcoolique**; par W. C. SULLIVAN. (*The Journal of Mental Science*, avril 1904.)

L'auteur rapporte avec détails quatre observations d'automatisme alcoolique auxquelles il en a joint une cinquième dans laquelle des phénomènes similaires se sont développés sous une influence difficile à préciser. En se basant sur ces observations, il étudie et discute : 1° les conditions qui prédisposent à l'automatisme dans l'intoxication alcoolique; 2° les caractères du défaut de mémoire dans la phase automatique; 3° les conditions capables d'influencer la conduite pendant la phase automatique. L'automatisme alcoolique étant assez souvent invoqué pour se disculper d'actes criminels, M. Sullivan ne croit pas inutile d'insister sur les éléments qui aident à faire un diagnostic précis : ces éléments sont les suivants : 1° existence d'une ou plusieurs

des prédispositions névropathiques à l'ivrognerie pathologique ; 2° existence de l'automatisme dans les circonstances antérieures sous l'influence de l'alcool ; 3° amnésie pendant la phase automatique, ou, dans les cas où l'amnésie est incomplète, conservation, toutes choses égales d'ailleurs, des impressions émotionnelles les plus vives de préférence aux impressions plus indifférentes; 4° manière de se comporter du sujet; 5° caractère de l'acte, — Les deux derniers points ont une grande valeur; le troisième a une valeur très grande si l'amnésie est incomplète; il est beaucoup moins important si elle est complète. Les deux premiers points ont une réelle valeur soit positive soit négative. R. DE MUSGRAVE-CLAY.

III. — **Note clinique sur un cas de manie aiguë pour servir à l'histoire de la manière dont les maladies aiguës affectent l'état mental** ; par LEWIS BRUCE. (*The Journal of Mental Science*, avril 1904.)

L'observation que publie l'auteur montre qu'une maladie aiguë intercurrente (dans l'espèce une diarrhée dysentériforme), peut amener la guérison d'une manie devenue chronique.

L'auteur ajoute que probablement si l'on avait provoqué chez le malade une leucocytose intense au moyen d'injections de térébène on lui aurait épargné une longue maladie destructrice des cellules cérébrales. Plusieurs faits publiés paraissent indiquer que le point le plus important du traitement de la manie aiguë. consiste à provoquer une leucocytose polymorphonucléaire intense

R. DE MUSGRAVE-CLAY.

IV. — **Obsessions** ; par JAMES SHAW. (*The Journal of Mental Science*, avril 1904.)

Etude intéressante, relatant divers cas d'obsessions, mais trop variée et trop détaillée pour se prêter à une analyse utile.

R. M. C.

V.— **Les rapports de l'hystérie et de la folie**; par F. W. EDRIDGE GREEN. (*The Journal of Mental Science*, avril 1904.)

Ce travail se résume ainsi : non seulement il n'y a entre la folie et l'hystérie aucune ligne de séparation nette, mais il y a beaucoup de cas qui seront qualifiés d'hystérie par tel médecin et de folie par tel autre : l'auteur pense que dans beaucoup de cas d'hystérie et de folie, la cause est exactement la même, et cette opinion s'applique particulièrement aux cas qui débutent par l'hystérie pour finir par la folie. Il est remarquable que beaucoup de sujets hystériques, en devenant définitivement aliénés, perdent beaucoup des symptômes caractéristiques de l'hystérie; les crises hystériques notamment disparaissent souvent. R. DE MUSGRAVE CLAY.

VI. — **Un cas de folie aiguë hallucinatoire d'origine traumatique**; par THOMAS DRAPES. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1904.)

Observation intéressante et publiée avec soin dans tous ses détails. R. M. C.

VII. — **Un cas de démence précoce**; par HENRY M. EUSTACE. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1904.)

Les cas de démence précoce ne sont pas extrèmement communs, il est donc intéressant d'augmenter le nombre des observations publiées et c'est pourquoi l'auteur relate avec détails le cas d'un jeune homme de 21 ans qui présentait les symtômes que l'on considère d'ordinaire comme caractéristiques de cette maladie.
R. M. C.

VIII. — **La « psychologie » de Jane Cakebread**; par ROBERT JONES (*The Journal of Mental Science*, avril 1904.)

On ne peut que signaler cette étude sur la psychologie et la mentalité d'une ivrognesse qui fut universellement connue dans les rues de Londres.

IX. — **Observations cliniques de psychose de** KORSAKOW; par J. TOTE. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1904.)

L'auteur a pu recueillir et publier avec détail six observations de cette psychose intéressante et peu commune sur laquelle Korsakow a le premier attiré l'attention de 1885 à 1891.
R. M. C.

X. — **L'étiologie de la paralysie générale**. (*British medical journal*, 28 juillet 1906.)

Dans toutes les contrées civilisées, le mal connu sous le nom de paralysie générale des aliénés, paralysie progressive ou démence paralytique est fortement en augmentation. Cette recrudescence dans un mal irrésistiblement progressif, réfractaire au traitement curatif, produisant, doucement, mais sûrement, l'impotence du corps et de l'esprit et finissant invariablement par la mort a naturellement excité le vif intérêt des neuropathologues. Une masse de documents venant des cliniques concernant ce mal et son jumeau, le tabes dorsalis, a été recueillie. Jusqu'à 1867 quand Essmarch et Jessen énoncèrent les premiers leur opinion que la paralysie générale était le résultat d'une infection syphilitique, des causes de toutes sortes étaient invoquées : excès sexuels, alcoolisme, excès de travail physique et intellectuel, exposition au froid et à la chaleur, etc.

Depuis des statistiques individuelles, comme celle de Rieger

qui collationna les résultats de onze observateurs, Mendel, Romberg, Hischl et beaucoup d'autres, ont montré la préexistence de la syphilis dans la grande majorité des paralysies générales avec une évidence irréfragable. La paralysie générale et la syphilis coïncident en distribution topographique ; les statistiques affectent inégalement les deux sexes, mais dans la même proportion relativement à l'exposition aux chances de syphilis (exemple : prostituées). La paralysie générale est plus répandue dans les classes : (soldats, marins, voyageurs, etc.) qui plus fréquemment contractent la syphilis. Krafft-Ebbing, sur près de 3.000 hommes atteints de paralysie générale, n'a trouvé au contraire qu'un prêtre catholique; or il avait autrefois souffert de la syphilis ; d'autre part, les cas juvéniles de paralysie générale sont presque toujours (probablement toujours) le résultat de l'hérédo-syphilis ou de la syphilis infantile ; tabes dorsalis et paralysie générale considérés comme distincts sont connus comme le résultat possible d'un même point de départ syphilitique; enfin plus on cherche l'antécédent spécifique dans cet ordre d'idées plus on le trouve. Ceci et bien d'autres faits inclinent fortement à la conclusion qu'une affection syphilitique antécédente est le plus important facteur dans l'éclosion de la maladie, si, en vérité ce n'en est pas le *sine qua non* étiologique.

Néanmoins, les neuro-pathologistes doivent convenir de leur ignorance entière de la part exacte prise ici par la syphilis tant pour la paralysie générale que pour le tabes dorsal. La pierre de touche des traitements antisyphilitiques préconisés de bonne heure malgré l'opinion de Hirschl et de Nesser, reste douteuse et l'action problématique; aussi les observateurs ont-ils été conduits aux hypothèses de para-syphilis ou meta-syphilis.

Dès lors, la paralysie générale et le tabes dorsal seraient les résultats, non de l'action directe du virus syphilitique, mais comme un empoisonnement en retour produit par le dit virus ou ses dérivés. C'est du moins la vue qui à présent rallie le plus d'auteurs. Elle ne repose cependant encore sur aucun fait bio-chimique, c'est encore une hypothèse directe et une satisfaction de mots (1).

Dans ces circonstances beaucoup se sont tournés vers l'investigation bactériologique.

Parmi ces investigateurs est le Dr Ford Roberston, directeur des asiles Ecossais, dont les conférences sur la pathogénie de la paralysie générale des aliénés (2) ont été récemment publiées.

(1) Les recherches de Wanerman, Plaut, Neisser et Bruck en Allemagne, de Lavadite et moi-même en France, peuvent cependant être comme un commencement de démonstration positive sur le terrain bio-chimique. (Voir *Soc. Med. des Hôp.*, 21 décembre 1906.)

(2) La pathogénie de la paralysie générale par W. Ford Robertson M. D. M. (Les conférences de Morison pour 1906.)

Ses vues et celles de ses collaborateurs concernant l'étiologie de la paralysie générale en feraient une maladie infectieuse aussi spécifique que la tuberculose, la fièvre typhoïde ou la diphtérie. Elle serait due à un organisme ressemblant au bacille de Klœbs-Lœffler, nommé par eux le Bacillus paralyticans et ayant ses points d'attaque au dehors de l'encéphale dans les systèmes respiratoires et digestifs. Dès 1901 deux articles du Dr Roberston et du Dr Le wis C. Bruce (1) se fondaient sur des investigations indépendantes qui parurent dans le même numéro du journal médical anglais. Depuis cette hypothèse diphtérique de la paralysie générale a formé l'objet principal des recherches au Laboratoire des Asiles Ecossais par les Drs Roberston, M. Rae, Jeffrey and Théodore Shennan Leurs résultats, à cette date, furent résumés dans un rapport au Meeting de l'Association médicale anglaise en 1903 ; il fit grand bruit. Ils avaient trouvé post-mortem dans les systèmes digestifs et respiratoires sur beaucoup de cas de paralysies générales et dans le système urinaire et génital dans tous les cas, leur bacille paralycans (apparemment un bacille de Klebs-Lœffler atténué, polymorphique, formant acide dans un bouillon de glucose) ; ce fait prouvait, suivant eux, qu'il ne s'agissait pas du bacille de Hoffmann, ni du bacille xerosis ni d'une forme actino-mycosique ou leptothrix équivalent en beaucoup d'autres cas). Ils ont isolé le bacille dans le cerveau, en 4 cas et en grand nombre dans les foyers de la pneumonie. Sur trois de cinq cas, ils avaient trouvé des bacilles dans le fluide cérébro-spinal centrifugé. Après quelques échecs ils parvinrent à cultiver l'organisme provenant du sang et du fluide cerebro-spinal d'un paralytique général vivant. Le sérum de sang de paralytique général dissout ce bacille plus nettement que le sérum normal. Trois rats et une chèvre infectés par des bacilles diphtéroïdes isolés d'un cas de paralysie présentèrent des symptômes pre mortem et des changements de tissus ressemblant à ceux de la paralysie générale. Les rats se tenaient immobiles avec peu de sûreté dans les mouvements, semblaient assoupis et de plus en plus faibles, sans équilibre tandis que la chèvre devint capricieuse dans sa loge, et vers la fin eut une attaque ressemblant à un ictus épileptiforme.

Les résultats des investigations du Dr Roberston et de ses collègues furent analysés et critiqués par le Dr Ferrier dans ses Lumleian conférences imprimées dans le *Journal britannique* du 7 avril dernier. Il démontrait que Eyre et Flashman étaient incapables de déterminer des différences entre des diphtéroïdes recueillis dans les voies aériennes des aliénés et dans ceux des lucides. Ces organismes peuvent se rencontrer dans le cas de santé comme en cas de maladies. D'autre part, les Drs Emery et le

(1) *British med. Jour.*, june 21 th. 1901.

Dr Bulloch trouvent le fluide cérébro-spinal, le sang et l'urine de plusieurscas de tabès et de paralysie absolument stériles. Le Dr Ferrier, considère donc comme non encore démonstratives les recherches précitées. On ne peut cependant les suivre sans un intérêt sympathique. Peut-être bien le développement des organismes diphtéroïdes dans les systèmes digestifs et respiratoires peut-il offrir une explication de l'occurence des attaques épileptiformes ou congestives des P. G. Quand il ne resterait que cela d'acquis par les recherches de l'Ecole Ecossaise il y aurait de quoi légitimer leurs espérances d'arriver un jour à enrayer les ravages ultimes de la maladie par une thérapeutique immunisante consolidatrice des rémissions obtenues. Empècher le dernier assaut microbien greffer, sur la déchéance paralytique, sans prétendre en remonter le cours n'est-ce pas déjà un progrès dans la thérapeutique encore si pauvre de cette terrible affection ? Dr Marie

XI. — **L'angoisse au cours de la paralysie générale** ; par Féré. (*Revue de Médecine* ; avril 1906.)

Deux observations de paralytiques généraux sujets à des accès d'angoisse cessant à l'apparition de crises épileptiformes ; l'auteur se demande s'il n'y a pas dans ce cas corrélation entre les deux syndromes angoisse et épilepsie. M. Hamel.

XII. — **Discours présidentiel sur la « Paranoïa « prononcé à la 63e réunion annuelle de l'Association Médico-Psychologique tenue à Londres le 21 et le 22 juillet 1904** ; par R. Percy Smith. (*The Journal of Mental Science*, octobre 1904.)

L'orateur s'est proposé dans ce discours d'étudier la « paranoïa » sa situation en tant qu'entité clinique, ses rapports avec les autres troubles mentaux, et la valeur de l'assertion suivant laquelle elle constituerait un trouble primitif de l'intelligence par opposition avec les maladies que l'on a qualifiées de troubles mentaux affectifs. Les conclusions de ce discours en constituent un excellent résumé dont nous donnons ici la substance :

L'auteur constate que, même dans son pays d'origine (l'Allemagne) il s'en faut que le terme paranoïa réponde à une idée précise et couvre un territoire nettement circonscrit.

En particulier, la doctrine qui fait de cette maladie un trouble primitif de l'intelligence a été, durant ces dernières années, vigoureusement battue en brèche : d'ailleurs ce serait une faute grave lorsqu'on étudie un cas de trouble mental, de laisser de côté l'examen des différentes fonctions de l'esprit (sentiments, connaissance et volonté) car l'esprit n'est pas divisé en compartiments étanches. Suivant l'auteur, la séparation des troubles primitivement affectifs d'avec les troubles primitivement intel-

lectuels est purement artificielle. Ceci posé, voici l'opinion de l'orateur :

1° Le terme « paranoïa « est utile si on en restreint l'application aux cas de folie chronique avec délusions dans lesquels ces délusions sont organisées et systématisées, qu'il s'agisse d'ailleurs de persécution ou d'exaltation : peu importe d'ailleurs que ces deux formes existent séparément, simultanément ou par transformation de l'une en l'autre ; peu importe aussi qu'elles aient débuté dans l'enfance ou la jeunesse ou à une période plus avancée de la vie et qu'elles relèvent ou non de l'hérédité.

2° Dans tous ces cas, on doit tenir grand compte de l'importance de l'élément affectif de l'esprit et ce serait une erreur d'attribuer au terme « paranoïa » le sens d'un désordre primitif de l'intelligence qui exclurait ou précéderait le trouble affectif.

3° En admettant l'existence de cas aigus dans lesquels les délusions paraissent organisées et systématisées et dans lesquels pourtant la guérison paraît se produire, beaucoup de ces cas ne sont que la phase initiale d'une folie chronique avec délusions, présentant une rémission des symptômes.

4° Dès que l'on est débarrassé de l'idée de désordre primitivement intellectuel, il n'y a aucune difficulté à reconnaître que certains cas de paranoïa débutent par un désordre mental aigu fonctionnel de la nature de la mélancolie ou de la manie, (fait admis d'ailleurs par les partisans même du début primitivement intellectuel) ou même peuvent succéder à un état de délire ou de confusion mentale.

5° Sauf cette exception, la folie confusionnelle aiguë et les états délirants aigus doivent être considérés étiologiquement et cliniquement aussi bien qu'au point de vue du diagnostic et du pronostic comme entièrement distincts de la paranoïa.

6° Le terme proposé par Mercier, de « délusions fixes » doit être appliquée aux états consécutifs à des formes aiguës de folie dans lesquels les délusions persistantes ne sont pas organisées ou progressivement systématisées.

7° En ce qui touche la démence terminale dans la paranoïa, c'est vouloir trop prouver que de dire, comme font quelques auteurs, que la démence ne survient jamais dans cet état, et l'auteur considère comme discutable l'opinion de Kraepelin qui veut retrancher du domaine de la paranoïa pour les faire rentrer dans la démence précoce un groupe important de cas dans lesquels on observe de la débilité mentale terminale. Il est possible que la démence précoce, avec ses formes hébéphrénique, catatonique et paranoïde devienne la nouvelle maladie universelle. (Universalkrankheit) ou l'on pourra faire rentrer un grand nombre de cas, et qui ne manquera pas, dans un avenir prochain, de soulever autant de discussions que la paranoïa elle-même. R. de Musgrave Clay.

XIII. — **Hystérie infantile avec hallucination**; par Arsimoles. (*Bulletin médical*, n° 23, 1906.)

Rarement on a signalé des hallucinations terrifiantes chez les jeunes hystériques. Ici le cas est typique, c'est celui d'un jeune dégénéré de 11 ans, né de parents tarés et présentant toute une série d'anomalies psychiques et en particulier dans la sphère éthique. Il fit une chute sur la tête, deux jours après laquelle il présenta des phénomènes d'excitation maniaque à laquelle succéda une crise hystérique franche : ces phénomènes se renouvelèrent les jours suivants et étaient accompagnés d'hallucinations de l'ouïe. L'isolement et la psychothérapie amenèrent une guérison rapide; nous regrettons vivement que l'auteur n'ait pas insisté sur la manière dont il a employé la psychothérapie. L. Wahl.

XIV. — **Paralysie générale ; troubles trophiques cutanées** ; par MM. J. Lépine et M. Loup. (*Société des Sciences médicales de Lyon*, 11 juillet. (*Lyon médical*, 30 septembre 1906.)

Observation d'un homme de 38 ans, paralytique général, parvenu au dernier degré de la cachexie et chez lequel apparurent des troubles trophiques des membres. Leur caractère principal était l'œdème des téguments, et le caractère accessoire qui ne s'est manifesté que dans les dernières heures de la vie, était l'hémorrhagie interstitielle dans certaines régions œdématiées.

Ces faits mentionnés comme rares ne semblent pas présenter au dire des auteurs, une grande différence de nature avec les autres accidents classiques des paralytiques généraux, comme l'othématome.

Le système vasculaire de ces malades est sans doute rendu plus vulnérable par les lésions de trophœdème qui s'accompagnent de stases sanguines et de distensions capillaires exagérés.

La localisation des ecchymoses correspond sans doute à des traumatismes extrêmement légers. G. C.

XV. — **Les troubles mentaux dans la lèpre à propos d'un cas de psychose polynévritique chez un lépreux** ; par de Beurmann, Roubinowitch et Gougerot. (*Bulletin médical*, n° 21 1906.)

Classiquement dans la lèpre, l'intelligence resterait intacte jusqu'à la fin ; cependant, Hardy et Labaresse (*in* Dict. Jaccoud) signalent des idées noires au début avec du découragement. Hillairet avait fait la même remarque. Les auteurs rappellent, d'après le texte russe exactement traduit, les principaux caractères que Korsakoff assigne à la maladie qui aujourd'hui porte son nom. Ils rapportent ensuite l'observation d'un lépreux âgé de 35 ans qui présenta de l'impotence fonctionnelle des membres, de la paralysie faciale, de l'irido-choroïde double et des troubles

mentaux caractérisés par de la dépression, des idées de persécution, des illusions, des hallucinations des divers sens et de l'amnésie des faits récents. A l'autopsie,il y avait dans le cerveau une légère chromatolyse diffuse de même dans les cornes antérieures de la moelle.On ne put y mettre en évidence les bacilles de Hansen Les nerfs présentaient les lésions, aujourd'hui classiques des névrites lépreuses portant à la fois sur le parenchyme et sur les parties interstitielles qui semblent les premières atteintes. Le bacille de Hansen a été trouvé dans les nerfs périphériques et dans les lépromes sous-cutanés. Cette polynévrite lépreuse est l'homologue des autres polynévrites; elle s'en distingue par l'extrême lenteur de son évolution. On y trouve : l'amnésie d'évocation et d'assimilation, l'affaiblissement intellectuel, l'apathie, l'indifférence et les manifestations délirantes à base d'hallucination affectaient le type de la persécution, mais mal systématisée. Ces troubles intellectuels débutent tardivement et aboutissent fatalement à la mort. Il semble que la prédisposition joue un rôle important dans l'étiologie de ces accidents. L. Wahl.

XVI. — **Quelques remarques sur deux cas de type épileptiforme ayant présenté quelques caractères inusités**; par S. F. E. Rainsford (*The Journal of Mental Science*, Juillet 1904.)

Le premier cas est celui d'une femme de 57 ans, atteinte de manie récurrente et admise à l'asile pour la onzième fois qui, du 24 septembre au 1er octobre avait eu 282 attaques épileptiformes : elle était dans un état fort grave : des injections de morphine calmèrent cette série d'attaques qui se terminèrent par une crise violente de manie aiguë qui dura six semaines sans aucune attaque : depuis trois ans, la malade va très bien.

Le second cas est celui d'un enfant de treize ans et demi ayant eu de nombreuses attaques d'épilepsie, et qui, fait remarquable que l'auteur n'a jamais constaté chez les épileptiques, demandait chaque soir qu'on l'attachât pour qu'il ne courût aucun risque de se faire du mal. La menace d'un sérieux arrosage avec quelques seaux d'eau fit cesser les attaques qui n'ont pas reparu depuis. R. de Musgrave-Clay.

XVII.—**Les Pervers**; par le Dr Marandon de Montyel (*Journal de Neurologie*, 1906, nos 10 et 11.)

L'auteur passe en revue dans ce travail les différents modes d'assistance qui ont été successivement préconisés pour les pervers. Selon lui, ces sujets qu'il considère à la fois comme des anormaux et comme des malades doivent être traités dans des asiles distincts : ils ne doivent être confondus ni avec les aliénés ordinaires, ni avec les aliénés criminels, ni même avec les criminels-aliénés.

L'asile pour pervers devra être à la fois un asile de sûreté, à pavillons séparés, un hôpital et une école professionnelle ; il comportera une école primaire, où le « pervers sera obligé de s'instruire comme il sera obligé de travailler manuellement ».

D'autre part, le placement d'un pervers ne pourra jamais être effectué au titre volontaire ; toujours il s'agira d'un placement d'office opéré exclusivement par l'autorité judiciaire, notamment par le Président du tribunal où est situé l'asile.

Quant à la sortie de cet asile, elle ne pourra avoir lieu qu'après une guérison dûment constatée et encore sera-t-elle purement conditionnelle, c'est-à-dire que le pervers sorti de l'asile de sûreté devra passer un certain temps dans un asile ouvert, puis dans une colonie familiale où il sera l'objet d'une surveillance constante et assidue. G. D.

XVIII.— **Note statistique sur les causes sociales de l'alcoolisme**; par W. C. SULLIVAN. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1904.)

Les recherches de l'auteur le conduisent à poser les conclusions suivantes :

1° Si l'on considère les causes sociales de l'intempérance, qui sont de beaucoup les plus importantes, il est nécessaire de distinguer deux façons de boire opposées, à savoir les excès de boisson qui sont associés à des conditions de luxe relatif, et qui trouvent leur forme la plus fréquente dans les excès qu'on pourrait appeler conviviaux, et d'autre part ceux qui marchent avec des conditions de misère relative, et dont des circonstances industrielles mauvaises constituent le facteur le plus important.

2° Les excès conviviaux peuvent conduire, et conduisent souvent à l'ivresse, mais, au moins dans leur forme pure, ils ne tendent guère à l'alcoolisme chronique. Les excès ouvriers d'autre part, tout en conduisant aussi, mais moins immédiatement à l'ivresse, tendent rapidement et fatalement à l'intoxication chronique.

3° Donc, au point de vue statistique, si l'alcoolisme chronique implique toujours l'existence de l'ivresse, l'ivresse n'implique en aucune façon l'existence de l'alcoolisme chronique. En Angleterre, cette divergence entre les deux phénomènes s'observe d'une manière particulièrement nette dans les districts miniers prospères où, en raison même de cette prospérité, il y a plus d'ivrognes, mais moins d'alcooliques que dans toute autre région.

4° Les maux sociaux les plus graves que cause l'alcool relèvent de l'intoxication chronique et sont par conséquent dus aux excès ouvriers.

5° Alors que l'éducation, la religion et d'autres influences analogues peuvent modifier les excès conviviaux, ces mêmes

influences demeurent à peu près sans action sur l'alcoolisme des pauvres, lequel ne peut guère être enrayé que par l'augmentation du bien-être, et, à moindre degré, par la restriction des facilités à se procurer de l'alcool pendant les heures de travail et la facilité compensatrice de substituer à l'alcool des boissons hygiéniques. R. DE MUSGRAVE-CLAY.

XIX.— « **Morison Lectures** »; par John MACPHERSON. (*The Journal of mental Science*, juillet 1905.)

A. Lecture V. — *Sur la répartition de la folie.* — L'auteur montre 1° que la folie est largement répandue parmi les races humaines et qu'il n'y a probablement aucun peuple qui en soit exempt. 2° il pense que dans ce pays elle est une variation plus ou moins constante eu égard à l'ensemble de la population et qu'il en a toujours été ainsi. 3° il a essayé de montrer que les causes qui agissent sur les fluctuations dans une population donnée sont semblables à celles qui affectent les fluctuations de toute autre variation génétique.

B. Lecture VI. — *Les causes et le traitement de la folie.* — L'auteur examine successivement les causes qui sont réputées produire la folie *de novo* et celles qui ne font que précipiter les attaques de folie individuelle. Il présente quelques considérations sur la durée du traitement des malades qui guérissent.

Il s'occupe ensuite des cliniques psychiatriques et des asiles, et espère que le moment approche où le traitement de la folie aigue sera nettement séparé du traitement des cas chroniques, et où les malades aigus seront traités dans les hôpitaux généraux, comme les pneumoniques ou les typhiques. R. DE MUSGRAVE CLAY.

XX.— **La folie de l'adolescence ; protestation contre l'emploi du terme « démence précoce »**., par J. C. Mc Conaghey. (*The Journal of mental Science*. avril 1905.)

L'auteur rappelle sommairement la définition et la classification de Kraepelin et il se range à l'avis de Clouston qui pense qu'il est peu scientifique de ranger dans la démence un cas dont on peut avoir ensuite à constater la guérison, ce qui arrive assez souvent ; il a d'ailleurs été frappé du grand nombre de cas qui ne sont nullement conformes aux définitions de Kraepelin. Il propose de faire disparaître la dénomination de « démence précoce » pour lui substituer celle de folie de l'adolescence, et de diviser les malades dont il s'agit en trois groupes : 1° forme simple ; 2° forme délusionnelle ; 3° forme katatonique. R. DE MUSGRAVE CLAY.

XXI.—**Observations statistiques sur la paralysie générale** ; par HARVEY BAIRD (*The Journal of mental Science*. juillet 1905.)

Ce travail comporte les conclusions suivantes .

Pathologie : 1° La formation de fausses membranes sous la dure-mère, avec coloration rouillée, se rencontre dans un quart des cas au moins ; 2° la pie-mère et l'arachnoïde sont plus adhérentes à l'écorce qu'à l'état normal, mais les érosions lors de leur enlèvement, manquent dans 40 % des cas ; 3° les granulations de l'épendyme du quatrième ventricule sont assez constantes pour constituer, à l'autopsie, le principal caractère diagnostique.

Clinique : 1° l'âge moyen lors de l'entrée à l'asile est d'environ 40 ans ; 2° la durée moyenne de la maladie, à l'asile, est d'environ 14 mois ; elle est plus courte qu'autrefois ; 3° la maladie est encore relativement beaucoup plus fréquente chez les sujets mariés ou veufs ; 4° chez les hommes la profession est d'ordinaire, relativement supérieure ; 5° une sensation illégitime de bien être se rencontre chez une petite majorité des hommes, mais elle est moins commune qu'autrefois dans les cas où le diagnostic porté est celui de paralysie générale ; 6° la mélancolie, le délire, de persécution, les tendances au suicide sont plus communes ; 7° 80 % des cas, lors de leur entrée à l'asile présentent des anomalies oculo-motrices, ou de l'embarras de la parole ou des anomalies des réflexes.

R. DE MUSGRAVE CLAY.

XXII—**Discours présidentiel prononcé à la réunion de l'Association médico-psychologique de la Grande-Bretagne et de l'Irlande le** 20 **Juillet** 1905 ; par J. OUTTERSON WOOD. (*The Journal of mental Science.* octobre 1905.)

Comme beaucoup de discours présidentiels, celui-ci touche à des sujets très variés et résume principalement l'œuvre pratique accomplie par l'Association médico-psychologique de la Grande-Bretagne et de l'Irlande. R. M. C.

XXIII. — **Démence précoce** ; par Thomas JOHNSTONE (*The Journal of mental Science.* octobre 1905.)

Le sujet a été à maintes reprises traité dans ce journal, et la dénomination de démence précoce a été critiquée ; l'auteur reconnaît qu'il vaudrait peut être mieux employer le terme de démence prématurée. Les faits observés par lui tendent à lui faire admettre que la démence précoce constitue bien réellement une maladie distincte, l'âge auquel elle fait son apparition demeurant toutefois très variable. R. M. C.

XXIV. — **Les folies de déchéance** ; par Georges A. RORIE. (*The Journal of mental Science,* juillet 1905.)

L'auteur a observé quelques cas de folie due à la déchéance de l'âge (il n'est pas nécessaire que cet âge soit très avancé),et il donne sur ces cas des détails intéressants. Il a essayé de déterminer si les groupes qu'il a observés présentaient des symptômes caractéristi-

ques ; il a seulement été frappé de la prédominance marquée des symptômes mélancoliques au voisinage de la ménopause sans que probablement on puisse dire qu'il s'agit de mélancolie vraie. Les autres points à noter sont le taux élevé des guérisons et la tendance aux rechutes chez les femmes, les délusions chez les sujets âgés et l'apparition de symptômes aigus chez quelques imbéciles et épileptiques. R. DE MUSGRAVE CLAY.

XXV — **Non-sanité mentale et maladies mentales dans une prison locale**; par William COTTON (*The Journal of mental Science*, janvier 1905.)

Etude intéressante sur la manière de discerner, de grouper et de traiter ces malades dans une prison régionale. R. M. C.

XXVI. — **Les statistiques de la folie: un schéma universel**; par C. C. EASTERBROOK. (*The Journal of Mental Science.* Avril 1905.)

Travail très étendu, très bien conduit, mais qui par sa nature ne se prête pas à l'analyse. R. M. C.

XXVII — **Une classification de la littérature de la folie avec index relatif d'après le système décimal de** DEWEY; par A. R. URQUHART (*The Journal of Mental Science*, avril 1905.)

L'auteur propose d'appliquer à la littérature de la folie le système décimal du savant bibliothécaire de l'Etat de New-York qui facilite et abrège les recherches; et donne des détails sur ce système aujourd'hui bien connu, mais en somme plus connu que répandu.
R. M. C.

XXVIII—**La variation dans ses rapports avec l'origine de la folie et des névroses qui lui sont alliées**; par John MACPHERSON (Morison Lectures » IV). (*The Journal of Mental Science*, avril 1905.)

Leçon intéressante qui se termine par les considérations suivantes : ce que nous appelons la constitution névropathique implique nécessairement trois choses : 1° une variation structurale s'écartant du type normal de l'architecture cérébrale et constituant une grosse différence dans les dimensions ou dans l'arrangement des cellules cérébrales, ou dans ces deux choses à la fois ; 2° une variation structurale dans la forme et dans les fonctions des divers organes du corps; 3° une diminution de la puissance d'immunité de la part des tissus du corps à l'égard de l'invasion des toxines et des produits des micro-organismes.

Or il est évident que ces caractères doivent être en corrélation avec la conformation physique bien que nous ne fassions guère que commencer à saisir cette corrélation. Lorsque nous y serons parvenus, nos conceptions tout entières auront subi une révolution si radicale que la constitution névropathique, bien loin d'être une

abstraction et une entité intangible, sera devenu un fait de la plus haute importance pour les sciences médicales et sociales.

R. DE MUSGRAVE CLAY.

XXIX — **Un cas de paralysie générale des aliénés avec méningo-myélite syphilitique** ; par R. A. L. GRAHAN. (*The Journal of mental Science*. octobre 1905.)

Cette observation très intéressante, rapportée avec détail et avec soin, et accompagnée de planches,est celle d'un homme de 33 ans, alcoolique et syphilitique (syphilis douze ans avant l'entrée à l'asile) et ayant présenté des symptômes de paralysie générale et de méningo-myélite syphilitique. Elle suggère à l'auteur diverses réflexions importantes que nous analysons ici parce qu'elles résumen les points les plus importants de l'observation clinique elle-même que nous ne pouvons reproduire dans tous ses détails.

Il est manifeste que la lésion médullaire a été primitive et que c'est plus tard seulement qu'elle s'est étendue au cerveau où elle a déterminé la dégénérescence des neurones supérieurs caractéristiques de la paralysie générale.L'apport considérable de sang et de lymphe que reçoit la moelle en fait un organe d'élection pour subir l'influence des toxines syphilitiques.

Le début des accidents nerveux survenant à une date si éloignée de la lésion primitive est un fait intéressant, car suivant Gilbert et Lion, les symptômes méningés apparaissent d'ordinaire dans les trois premières années qui suivent l'infection, et deviennent après huit ans écoulés une complication rare. Il faut remarquer aussi que, dans ce cas, alors que la lésion scléreuse est la lésion maxima par sa quantité, la lésion vasculaire est comparativement minime comme si la toxine n'avait pas été à un degré suffisant de concentration pour déterminer une inflammation active des vaisseaux et s'était lentement diffusée de manière à léser les tissus nerveux de l'ordre le plus élevé et le plus vulnérable. Un autre point clinique curieux, c'est que, environ un an avant l'entrée du malade à l'asile, on avait porté le diagnostic de sclérose disséminée. Après l'entrée à l'asile, d'ailleurs, le diagnostic est demeuré quelque temps douteux, mais bientôt les symptômes inclinèrent nettement vers la paralysie générale. Autre point : comment expliquer les symptômes spinaux ? Voici un cas de méningo-myélite chronique avec nodules isolés dans la moelle, donnant lieu à des symptômes exactement semblables aux symptômes de début de la sclérose disséminée et ne fournissant aucun des symptômes qui caractérisent une lésion méningée, comment expliquer ces faits ?La réponse est malaisée, et il faut une fois de plus, se résigner à reconnaître qu'il est des cas de pathologie nerveuse où le diagnostic clinique est à peu près impossible.

R. DE MUSGRAVE CLAY.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE.

Séance du 18 *décembre* 1906. — PRÉSIDENCE DE M. VOISIN.
L'initiation sexuelle.

M. BÉRILLON. — D'une façon générale, les enfants normaux, tenus à l'écart des influences pernicieuses, restent asexuels jusqu'à l'âge de la puberté ; à l'époque de la formation, l'apparition des fonctions génitales s'accompagne d'aspirations sexuelles, mais elles sont vagues et imprécises. Cet état d'indétermination sexuelle persiste le plus souvent jusqu'à ce qu'une initiation ou même une véritable corruption calculée apporte à l'adolescent des notions précises qu'il n'avait pas soupçonnées jusqu'alors. Tandis que les idées sexuelles acquises par les lectures, les conversations, les exemples, ne laissent dans l'esprit que des impressions le plus souvent passagères et fugitives, les leçons données par un instituteur laissent des impressions profondes, capables de se répercuter sur la vie génitale tout entière.

Nous avons observé de nombreux faits dans lesquels des impulsions sexuelles normales avaient eu comme point de départ très positif l'accomplissement d'actes inspirés ou conseillés par un initiateur coupable. La première sensation éprouvée avait été enregistrée par la mémoire avec une telle intensité que le souvenir de l'initiation se représentait dans toutes les circonstances où l'individu se trouvait sous l'influence d'un désir sexuel. Les habitudes sexuelles se trouvaient donc dans une dépendance étroite avec la première sensation et le réflexe génital n'était réveillé que par des idées se rapportant à cette sensation.

L'explication de ces états mentaux se trouve dans la suggestibilité souvent excesssive qui caractérise souvent les adolescents. On peut aussi admettre que les actes commis l'avaient été dans un état d'attente affective réalisant un véritable état d'hypnose, de monodéisme ou tout au moins d'expectante attention. Dans tous les cas, les idées introduites par l'initiateur se comportaient comme des suggestions faites sur un sujet très hypnotisable. De là, la ténacité et la fixité des premières impressions normales ou anormales de la vie sexuelle. Les succès très frappants observés dans le traitement des impulsions sexuelles anormales (inversion et perversion sexuelle, fétichisme, onanisme, etc.) par la suggestion hypnotique indiquent que le point de départ de ces impulsions réside bien plus dans

une mauvaise initiation à la vie sexuelle, que dans un état de dégénérescence.

Il y a à ce sujet un exemple classique, c'est celui d'un jeune homme qui, ayant été initié à la vie sexuelle par une soubrette, ne peut réaliser l'acte sexuel après son mariage, qu'en emmenant sa femme dans une chambre de bonne, au sixième étage, après l'avoir ornée du tablier blanc, inspirateur de son désir.

La suggestion hypnotique et le développement de la mémoire.

M. Damoglou (du Caire). — Un jeune homme doux et travailleur est incapable de retenir aucun mot d'une langue étrangère, il passe pour inintelligent. Après trois séances d'hypnotisme, il peut apprendre 150 mots par jour ; il devient le premier de sa classe et, au bout de six mois, parle couramment le français. Depuis il a appris très vite et sans aucune peine l'arabe, l'anglais et principalement l'italien qu'il parle comme sa langue maternelle.

Les tics chez les animaux.

MM. Depinay et Grollet. — Le tic chez les animaux revêt un certain nombre de formes différentes. Chez eux on appelle tic un mouvement spasmodique d'une partie du corps, contraction musculaire ou autre, soit certaines habitudes que l'on considère comme vicieuses. Un tic très fréquent chez le cheval est le tic à l'écurie, avec appui sur les mangeoires, le bat-flanc, etc. Les animaux paraissent se transmettre ce vice par hérédité et aussi par imitation. Un autre tic est le « tic de l'ours » : il s'observe chez les animaux à système nerveux impressionnable et paraît aussi se communiquer aux voisins. Un autre tic consiste soit en déglution d'air, soit en rejet de gaz par la voie buccale. Il y a aussi « le tic en l'air » dans lequel l'animal porte le nez en haut sans rien saisir avec les dents. Chez certains gros animaux on a appelé tic testiculaire ou tic ovarique certaines habitudes vicieuses.

Chez les petits animaux il existe un grand nombre de tics qui peuvent être comparés à ces contractions que l'on rencontre chez l'homme, dans les mêmes conditions et avec les mêmes étiologies. Parmi ces tics, on observe chez les chiens et les chats des « tics du grattage » que l'on rencontre aussi chez l'être humain. Chez les oiseaux, on remarque divers tics. Certains poussent continuellement et sans motif de petits gémissements, avec contraction de la région pharyngienne, d'autres frappent avec leur bec sur les objets qui les environnent. Il y a une grande analogie entre certains tics que l'on rencontre chez l'homme et chez les animaux.

Quant au traitement, on peut se demander si celui qu'on

applique chez l'homme et qui est qualifié de rééducation et de discipline psycho-motrice ne pourrait pas être appliqué aux animaux. Il serait plus délicat à appliquer lorsqu'il s'agit des gros animaux qui sont peu maniables, mais pour les petits animaux on pourrait ainsi arriver à leur faire perdre les mauvaises habitudes contractées. Au point de vue des tics, tout est à faire en vétérinaire.

M. Berillon. — Les tics ne surviennent que chez les gens doués d'une psychologie particulière. Le tiqueur est toujours un aboulique ; il présente une diminution chronique de la volonté. Le traitement du tic doit comporter d'abord la rééducation de la volonté. Grâce à une discipline psycho-motrice, le sujet est entraîné à se décider et à agir énergiquement. Le dressage des animaux n'est qu'un art de cultiver les tics, tel, par exemple, le tic des souris valseuses.

M. Regnault. — Il est des races où l'on sélectionne les tics, telle certaine race de pigeons que l'on a rendue aérophagique.

M. Bahaddin Chakirbey. — En Orient, pour passer le temps, de nombreuses personnes dévident toute la journée les grains d'une sorte de chapelet, en prononçant ou non certaines paroles ; c'est une sorte de tic qui provient de l'oisiveté.

M. Dauriac. — Il est curieux de constater que l'art, tout comme ce tic, a eu l'oisivité pour origine. C'est pour sortir de l'oisiveté qu'on a fait de l'art. A un autre point de vue, le fait suivant est intéressant. Un enfant que j'ai connu poussait un certain cri dès qu'on le regardait d'une certaine façon ; il était, en quelque sorte, mécanisé ; on pouvait, à volonté, lui faire émettre son cri, comme si l'on avait appuyé sur un ressort. Un beau jour, comme on le regardait d'une certaine façon, il avait poussé un cri : c'était une simple coïncidence ; il y vit un rapport de causalité et le tic se trouva établi par cette sorte de rationnalisation du hasard.

M. Magnin. — On passe sa vie à rendre automatiques des actes qui ne l'étaient pas. Pour rééduquer l'attention des tiqueurs, il faut leur apprendre à faire, d'une façon coordonnée et voulue, les mouvements qu'ils accomplissent automatiquement.

BIBLIOGRAPHIE

1. — *L'Ame et le système nerveux* (Hygiène et Pathologie); par A. Forel, ancien professeur de psychiatrie à l'Université de Zurich. (Steinheil, éditeur 1906.)

Ce petit traité d'hygiène est une œuvre de vulgarisation dont l'opportunité n'est pas contestable. L'hygiène sociale du système nerveux se trouve aujourd'hui en connexion intime avec tous les rouages de notre vie sociale ; chacun devrait avoir des notions sur l'âme et l'activité du cerveau, qui sont une même chose. Le mysticisme dualiste,en séparant l'âme de l'activité cérébrale.compliquait inutilement la question ; mais le monisme scientifique permet de simplifier et de tout expliquer sans contradictions, car les règles d'hygiène du système nerveux ne sauraient être comprises sans la connaissance exacte de l'organe, et toute notre psychologie est le reflet de la vie de notre cerveau. Il est donc rationnel de faire précéder les notions d'hygiène de l'âme de l'étude anatomo-physiologique, puis pathologique, de son organe, le cerveau. Le livre de M. Forel est divisé en trois parties : 1° âme cerveau et nerfs à l'état normal ; 2° pathologie nerveuse ; 3° hygiène.

Les phénomènes psychologiques se rapportent à trois grands domaines de la vie de l'âme : connaissance, sentiments et volonté. Le domaine de la connaissance est constitué par la combinaison et l'adaptation des impressions de nos sens en gammes ; le domaine du sentiment est celui de l'impression émotive générale du cerveau-âme ; le domaine de la volonté est celui de la projection des impressions et états du cerveau-âme à l'extérieur, sous forme d'actions. L'analyse de ces trois domaines est suivie de la rapide esquisse de quelques autres notions psychologiques : logique, mémoire, attention, intelligence, imagination, raison, éthique, esthétique, appétits et passions, suggestion, et le langage, que Forel appelle la monnaie de la pensée. L'anatomie du système nerveux, qui fait l'objet du chapitre suivant, nous a semblé, il faut l'avouer, un peu simpliste et écourtée; mais n'oublions pas que l'ouvrage s'adresse surtout au public extra-médical. Quelques détails, pour cette raison, sont inexacts : le système nerveux est comparé à un appareil électrique, dont la substance grise constituerait l'accumulateur, et les fibres nerveuses les fils conducteurs ; mais puisque nous rejetons l'hypothèse dualiste, il ne faut pas dire que les cellules nerveuses sont un accumulateur ; elles ne se contentent pas d'emmagasiner, elles produisent ; elles

sont une pile. Plus loin, il est dit que la moelle et les ganglions ne constituent guère, chez l'homme que des appendices subordonnés au cerveau et qui s'y rattachent. Or la moelle nous apparait toujours comme un centre autonome pouvant fonctionner sans le contrôle du cerveau, dans certains cas pathologiques. Enfin, nous lisons : « Il ne peut pas exister de centre spécial pour l'écriture parce que chacun peut écrire avec toutes les parties un peu mobiles du corps, même avec les pieds. » Mais cela prouve simplement que le centre de l'écriture a, grâce au système d'association, dont il a été parlé plus haut, des relations avec tous les groupes de cellules motrices. Ces notions d'anatomie sont suivies de quelques réflexions snr les rapports de l'âme avec le cerveau ; l'auteur recherche quels sont les véritables rapports de nos activités psychologiques intropectives avec les états d'irritation de notre cerveau. Il établit, à l'aide de quelques faits, qu'on ne saurait parler de perceptions ou d'actions inconscientes, d'oublis ; il s'agit de dissociation psychique. Spinoza, Fechner et A. Comte, avant que l'on connût le cerveau ont été les précurseurs de l'hypothèse du monisme scientifique; aujourd'hui l'étude du système nerveux central a permis de découvrir que les actions et réactions du neurocyme (onde nerveuse) obéissent à la loi fondamentale de la conservation de l'énergie ; l'âme ne peut être considérée comme privée d'énergie, sinon l'on reviendrait à la croyance aux miracles, qui font éclore l'énergie de rien du tout pour ensuite la faire disparaître dans le néant.

Le chapitre suivant est consacré à la physiologie du système nerveux : M. Forel y passe en revue les muscles, les nerfs et les neurocymes (ondes nerveuses), les réflexes, les instincts ou automatismes hérités, les effets de l'extirpation du grand cerveau, prouvant qu'il ne peut avoir d'*organe de la conscience*, le travail plastique du grand cerveau, les automatismes secondaires (habitudes), les localisations, et les divers sens. Enfin, l'étude du cerveau à l'état normal est complétée par quelques notions sur la genèse individuelle (otongénie), l'hérédité et la phylogénie (descendance). Nous y trouvons une critique fort judicieuse de l'enseignement que l'on donne à l'enfance, artificiel et plein de préjugés, au lieu d'être une adaptation à la vie sociale, et une défense du darwinisme ; le fait de la transformation des espèces, c'est-à-dire de leur filiation, est aujourd'hui démontré. La seconde partie de l'ouvrage contient des notions de pathologie nerveuse. La psycho et la neuro-pathologie ne doivent pas être séparées. Les troubles des sensations, des perceptions (hallucinations et illusions), les idées délirantes et illusions du souvenir, l'auto-suggestion obsessionnelle, les troubles nerveux qui ne sont pas des maladies mentales, sont passés en revue, et suivis des formes mentales et nerveuses, M. Forel divise ces formes en 4 groupes :

1° maladies embryogéniques (idiotisme, bécillité) ; 2° maladies héréditaires (lésions de la phylogénie récentes) ou entrent les obsessions, phobies, hypochondrie, anomalies sexuelles) ; 3° maladies acquises : épilepsie, vésanies, névroses, intoxications et infections) ; 4° maladie par évolution rétrograde ou sénile. Les causes des maladies mentales et nerveuses se rapportent à l'hérédité ou à la détérioration du germe (blastophothorie), à la prédisposition ontogénique ou sont acquises (physiques ou psychiques).

Ces notions longuement exposées, l'auteur aborde enfin la partie *hygiénique*. L'hygiène publique ou sociale, dit-il, doit primer partout l'hygiène individuelle. Les règles générales sont d'abord exposées : il en est de négatives et de positives : parmi celles-ci, la loi de l'exercice ou de l'entraînement est primordiale ; l'exercice doit s'étendre à toutes les activités mentales et nerveuses, et aussi au sommeil qui est *nécessaire*. Mais le développement doit être assuré aussi avec *harmonie et choix*, et selon la nature, c'est-à-dire en évitant l'*artificiel*. Chez les psychopathes l'entraînement doit être doublement prudent. Ces règles générales permettent non seulement d'entretenir la santé, mais en outre d'être heureux, libre et riche (du moins en capacité de travail). L'hygiène nerveuse de la conception et de l'hérédité fait l'objet du chapitre suivant : l'auteur est partisan d'un néo-malthusianisme scientifique judicieux, qui empêcherait certains éclopés de corps et d'âme, qui veulent absolument se marier, d'avoir des enfants ; il insiste à plusieurs reprises sur l'action blastophthorique des poisons, et en particulier de l'alcool et de l'opium. L'hygiène nerveuse de l'enfance est ensuite examinée ; M. Forel est un disciple convaincu des Rousseau, Pestalozzi, Frœbel, Owen, etc., et il parle avec enthousiasme de l'essai fructueux qui a été fait de leurs principes dans divers pays par les « Landerziechungsheime » ; il décrit en quelques mots le système de ces écoles, qui sont des « home d'éducation à la campagne » : l'abstinence de boissons alcooliques y est totale ; les travaux corporels sont combinés aux intellectuels ; les élèves sont libres et responsables, c'est à dire chargés de la discipline et soumis uniquement à l'émulation ; pas d'examens ; entraînement à toutes les fatigues, voyages, culture des arts. Le principe de l'enseignement scientifique est la leçon de choses ; le jugement et l'observation sont surtout développés. Le docteur Licht a fondé 3 écoles semblables ; les résultats sont dès aujourd'hui excellents. Cette description est suivie de conseils d'hygiène pour la maison et la famille établis sur les mêmes principes. Enfin M. Forel traite de l'hygiène nerveuse spéciale de l'adulte qui n'est guère qu'un résumé des principes déjà développés avec quelques variantes adaptées aux constitutions individuelles. L'homme doit être optimiste,

dans le sens de Strauss : « Heureux est celui qui oublie ce à quo l'on ne peut plus rien changer. » La femme, le célibataire, le vieillard et les névropathes et psychopathes sont tour à tour guidés et éclairés de quelques conseils destinés à mettre en harmonie la santé du cerveau avec les aspirations supérieures à un idéal qui va sans cesse s'élevant. Quelques mots sur les sanatoria pour nerveux, sur la lutte contre l'alcool et l'enseignement de l'hygiène du cerveau, terminent l'ouvrage du professeur Forel, qui nous a paru une excellente œuvre de vulgarisation de principes trop négligés ou trop ignorés à notre époque de lutte intense pour la vie. Il n'est pas superflu de mettre en garde les générations actuelles contre les effets menaçants du surmenage cérébral et des causes de dégénérescence inhérentes à notre civilisation ; et c'est évidemment grâce à l'hygiène nerveuse que la culture obligatoire des cerveaux des générations futures pourra éviter de devenir une cause de déchéance de la race. E. C.

II. — *La Neuronophagie*, par le Dr SANO, agrégé et assistant à la Faculté de Bruxelles. — Mémoire couronné par l'académie royale de médecine de Belgique.— Bruxelles 1906.

Ce remarquable travail contribuera puissamment à éclaircir la nature, la signification et la répartition du processus que Marinesco appela : « Neuronophagie», en l'appliquant d'abord à la destruction des cellulles nerveuses par phagocytose. M. Sano transforme cette obscure question en un lumineux chapître d'histologie pathologique. La première définition de Marinesco est abandonnée, car il n'est pas démontré que la pénétration d'éléments étrangers dans le neurone soit un phénomène de phagocytose ; il vaut mieux, sans préjuger, définir le terme : pénétration d'un ou plusieurs éléments cellulaires dans la cellule nerveuse. Ainsi compris, le processus est connu depuis longtemps. Déjà en 1871, Wyss voit dans un ganglion de Gasser, des globules de pus s'accoler à des cellules nerveuses en creusant des encoches.

Depuis, de nombreux auteurs ont observé le phénomène, en lui donnant les significations les plus contradictoires. M. Sano fait le premier l'historique de ces travaux ; il en trouve 329 ayant trait plus ou moins à la question, parmi lesquels 206 à la neuronophagie seule.

Aucune conclusion ne peut être tirée de ces travaux. Quelle est la nature des éléments neuronophages ? Le processus est-il primaire ou secondaire ? Y a-t-il phagocytose ou histolyse ? Quelle est la fréquence et la répartition du phénomène ? Pour résoudre la question, M. Sano a entrepris des travaux personnels considérables. Nous ne pouvons reproduire sa technique nouvelle, faute de place : il nous suffira de dire que M. Sano la considère comme la seule élective pour les fibrilles *et les noyaux* névrogliques ;

il a constaté que les noyaux leucocytaires et conjonctifs se décolorent moins vite, après teinture au carmin et au bleu de méthyle ou analogues à celui-ci, que les noyaux névrogliques, si on différencie par un acide ou par la glycérine-éther. D'où, il décrit 6 nouvelles méthodes, qui lui ont donné des résultats excellents, et durables. La spécificité de ces méthodes est prouvée par ces deux faits, qu'on peut suivre la différenciation sous le microscope, en comparant les noyaux des vaisseaux et ceux de la névroglie, et que, dans une coupe de moëlle, on constate que rien ne reste coloré dans la substance blanche sauf les leucocytes dans les vaisseaux et les noyaux de ceux-ci. Grâce à ces méthodes, M. Sano a pu étudier le processus neuronophagique sous tous les aspects, et tirer les conclusions suivantes : 1° Les noyaux libres du tissu nerveux sont uniquement névrogliques à l'état normal ; et, à l'état pathologique, quelques-uns sont des lymphocytes, les autres des mononucléaires, des polynucléaires, des plasmazellen, des mastzellen; les cellules granulo-graisseuses ne se trouvent que dans les zones nécrosées.—2° Tout processus d'inflammation est caractérisé par un exsudat; mais dans certains cas, l'exsudat caractérise aussi la sclérose.— 3° la neuronophagie, qui revêt un aspect différent dans les centres nerveux et les ganglions, ne peut se produire dans les cellules saines. — 4° Sa répartition est détaillée dans un long tableau où sont indiquées les découvertes des auteurs ; on la rencontre, par ordre de fréquence décroissante, dans : écorce et ganglions de la base ; ganglions cérébro-spinaux et sympathiques ; bulbe et moëlle; cervelet.—5° les éléments neuronophagiques sont toujours de nature névroglique, exceptionnellement de nature leucocytaire, jamais microbienne. la neuronophagie n'existant jamais dans la cellule saine, n'est jamais primaire, mais primaire et secondaire, ou secondaire ; la simple accumulation de noyaux autour de la cellule n'est qu'un processus névroglique et non de la neuronophagie ; le criterium consiste dans la *pénétration* d'un élément au moins dans la cellule. — 7° Elle n'est pas un processus de phagocytose, ni de neurolyse, ni de cicatrisation, ni de destruction des microbes; elle est un processus pathologique (inflammation ou sclérose) non constant, qui nécessite 2 conditions : altération *régressive* de la cellule nerveuse, et modification *progressive* de la névroglie. Elle n'est pas spécifique, mais plus fréquente dans les processus lents; ne se rencontre jamais dans la sénilité. Enfin, il n'y a que dégénérescence de la cellule nerveuse suivie de cicatrisation par la névroglie et non destruction de cette cellule par la névroglie. — Toutes ces conclusions ont pu être tirées de l'examen des préparations selon les méthodes électives de M. Sano. On comprend tout l'intérêt qu'elles présentent, et l'on peut dire que si ces méthodes résistent au contrôle et à la critique des expérimentateurs,

la question de la neuronophagie pourra enfin être envisagée sous un jour scientifique.— Le mémoire se termine par l'énumération des 329 travaux retrouvés par M. Sano et par 13 figures coloriées.

E. COULONJOU.

III. — *Rapport médical et compte moral et administratif sur l'asile public d'aliénés de Pau* (exercice 1905); par le Dr O. GIRMA, médecin directeur. (Garet, éditeur à Pau.)

Existants au 1er janvier 1905 : H. 454 ; F. 432 ; total : 886. Admissions : H. 101 ; F. 86 ; total : 187. Sorties pendant l'année : H. 48 ; F. 44 ; total : 92, dont 51 pour cause d'amélioration : 32 par guérison : 4 par transfèrement, 5 pour causes diverses.

« Comme de coutume, dit le Dr Girma, dans notre région la proportion des admissions est sensiblement plus grande en faveur des hommes, en raison de la paralysie générale et de l'alcoolisme. Le plus grand nombre des admissions a eu lieu dans deux mois consécutifs des saisons extrêmes (janvier, février ; juillet, août). La diversité des genres de folies correspondant à ces admissions ne permet pas de noter une influence saisonnière prépondérante. La proportion des célibataires aliénés est très sensiblement plus forte que celle des gens mariés ; c'est un fait suffisamment connu qu'explique le chiffre élevé des épileptiques, des débiles mentaux, imbéciles et idiots, presque tous écartés du mariage.

« Nous remarquons avec satisfaction que les *alcooliques* sont moins nombreux dans notre région que dans certaines régions de France. Leur nombre est toutefois en augmentation sensible sur celui des années précédentes.

« Les 15 épileptiques admis durant l'année ont dû être amenés à l'Asile à cause de la complication de leur névrose convulsive ; de l'excitation violente, des impulsions fréquentes, avaient rendu dangereux ces malades. »

A propos des sorties d'essai, le Dr Girma, fait ressortir leur avantage. Ces sorties, véritable instrument thérapeutique, instituées depuis longtemps à l'Asile Saint-Luc, donnent d'excellents résultats :

« En comparant la proportion des sorties par guérison ou amélioration au chiffre des malades admis annuellement, nous trouvons une moyenne de 32.23 %, pour la période décennale antérieure à l'institution des *sorties d'essai* et de 40.2 % pour la période correspondant à celle des sorties. Le chiffre des sorties se trouve donc augmenté de 8 % et c'est ce pourcentage qui traduit la valeur de ce régime. Il est très encourageant et ses effets portent sur la décharge numérique de l'Asile et sur une économie budgétaire.

Le total des sorties par guérison ou amélioration (32 et 51)

donne un chiffre de 83, accusant une proportion de 44,3 % sorties par rapport au nombre des admissions de l'année. Le même calcul pour l'année 1904 donne une proportion de 30 o|o de sorties.

La mortalité à l'Asile Saint-Luc est en augmentation ; en 1905, elle a atteint le chiffre total de 72 ; en 1904 il n'y eut que 49 décès, chiffre le plus bas constaté, qui portait le pourcentage à 5,5 % ce pourcentage est de 7.92 pour 1905. Le Dr Girma attribue cette recrudescence à une augmentation notable de décès par paralysie générale. 4 décès par *tuberculose.*

C'est à l'observation rigoureuse de la circulaire de juin 1901 que le Dr Girma attribue la faible proportion des décès par tuberculose.

21 autopsies ont été pratiquées par le Dr Girma et le Dr Cornu, médecin adjoint.

Recettes de l'exercice 1905	576.436.95
Excédent de recettes de l'exercice 1904	14.933.57
	591.370.52
Dépenses	561.810.39
Excédent de recettes à porter au budget supplémentaire de 1906	29.560.13

Les prix de revient journaliers des malades sont un peu inférieurs à ceux de l'exercice précédent.

Incidents divers. — Le Dr Girma relate une double tentative de meurtre par un aliéné sur un gardien et un malade. Un aliéné entré à l'Asile depuis 10 ans pour une tentative d'assassinat sur son père, n'avait depuis son internement manifesté aucune réaction dangereuse s'était enlizé dans une sorte de *démence stupide* et avait été versé dans le *quartier des gâteux.* Le 26 mai il perforait le ventre d'un idiot alité, et le matin du crime plongeait le même couteau (1) dans le ventre d'un infirmier qui s'était interposé pour protéger le Dr Cornu auquel le coup était destiné. Ces accidents trop nombreux maintenant montrent à quel point la surveillance daas les asiles doit redoubler et combien il y a nécessité de mieux proportionner le nombre des infirmiers au nombre des malades.

Enseignement professionnel aux infirmiers et infirmières. — « Cet enseignement qui a trait aux éléments d'anatomie et de physiologie humaines, d'hygiène, aux soins urgents à donner aux malades en cas d'accidents et avant l'arrivée du médecin a été professé par le Dr Cornu, médecin-adjoint. Un interne, M. Dichamps a mis également beaucoup de complaisance à apprendre

(1) Trouvé probablement dans un chantier de construction où il était allé faire une corvée.

aux infirmiers et infirmières les pansements et les instruments de chirurgie. »

Les cours d'abord suivis par un assez grand nombre d'élèves ont vu leurs auditeurs diminuer dans une assez forte proportion.

L'unique raison, dit le Dr Girma, fut que l'entendement de ce monde, d'ailleurs plein de bonne volonté spontanée, mais qu'aucune instruction préalable n'a développé, s'est senti fermé au langage scientifique, quelque simplification qu'on y eût apporté, de là un découragement rapide et bien compréhensible. On se lasse vite d'écouter quand on ne comprend rien et la honte de son ignorance fait prendre la fuite. Ces résultats seraient peu encourageants mais j'espère qu'en conviant aux conférences futures, non seulement les nouveaux venus, mais surtout l'élite des anciens élèves dont l'instruction ne saurait être considérée comme terminée, nous maintiendrons et développerons même une institution qui, incontestablement bonne dans son principe, doit s'améliorer par une organisation mieux comprise. »

Le Dr Girma semble donc confiant dans l'avenir de ses écoles d'infirmières et nous ne doutons pas que ses efforts et ses peines ne soient un jour récompensés par la formation d'un groupe d'infirmiers éclairés et utilisables qui feront avec juste raison l'honneur de leurs maîtres.

Parlant des nouvelles constructions effectuées, le Dr Girma fait remarquer que dans tous les quartiers de construction récente on a prévu des chambrettes de nuit pour les infirmiers ; c'est une nécessité, en effet, qui s'impose pour assurer la sécurité et la tranquilité des infirmiers durant leur repos et leur assurer une hygiène convenable.

Au sujet de l'application du nouveau règlement portant qu'à l'avenir l'avancement du personnel infirmier et ouvrier aurait lieu d'après le mérite et non plus à l'ancienneté, une grève du personnel éclata le 30 juin. Le service n'a pas souffert de cette grève, le plus grand nombre des infirmiers ont demandé dès le lendemain et obtenu la permission de réintégrer leur poste. L'Asile a été de ce fait purgé des agents les plus indisciplinés et les plus paresseux. Le préfet, à l'annonce de cette grève, releva spontanément de 2000 fr. au mois d'août 1906 l'ensemble du crédit des salaires qui au mois d'avril 1906 a été augmenté de 4000 fr. Le Dr Girma déclare à ce propos :

« Je crois qu'on ne recrutera pour la profession d'infirmiers des candidats instruits et de bonne éducation morale que le jour où on doublera tout au moins les traitements actuels et où, grâce à un roulement de service, on permettra à ces agents de fonder une famille et de disposer fréquemment de leurs nuits. »

La conviction du Dr Girma est celle de tous ceux qui ont cher-

ché à améliorer le sort et l'éducation des infirmiers. Le temps fera peut-être exaucer leurs vœux. Bernard P.

IV. — *Leçons cliniques sur les maladies nerveuses et mentales*, par le professeur Alexandre Stcherbax, 40 figures, 661 pages, Varsovie 1901, en russe.

Un volume, grand format, bien édité ; son contenu très bien choisi et intéressant, traite des différentes questions de la pathologie nerveuse et mentale.

Dans la première leçon, l'auteur analyse un cas de *paralysie spinale périodique* qui se distingue de tous les cas connus de paralysie périodique, laquelle d'ailleurs se rencontre fort rarement avec cette différence que dans ledit cas, pendant les accès de paralysie, on observait l'exagération du réflexe rotulien au lieu de l'abolition de ce réflexe, observée ordinairement ; outre cela, l'excitabilité électrique des nerfs et des muscles, contrairement à la règle générale était conservée. La question de paralysie périodique, exposée dans toute sa plénitude, représente comme une monographie entière de cette intéressante forme clinique.

L'auteur donne beaucoup de détails surtout pour expliquer la localisation et la nature énigmatique du processus de la paralysie périodique. Il expose que les différentes théories qui traitent de la nature de cette maladie ont été insuffisantes et propose alors d'y substituer l'hypothèse d'amiboïsme. Il faut observer que l'auteur n'envisage cette hypothèse que dans le sens des modifications, des contacts entre les neurones et des modifications de la direction du courant nerveux. Au moyen de l'hypothèse ci-dessus, Stcherback se croit en mesure d'expliquer les différentes formes de paralysie périodique spinale, lesquelles présentent cliniquement une étrange contradiction entre elles. En général, l'hypothèse « d'amiboïsme » qui a aussi sa place dans les trois leçons suivantes : « *Chorea vulgaris et mécanisme de l'origine des mouvements choréïques* », « *nature du processus morbide de l'hystérie* », *et* « *les états psychopathiques typiques* », est tracée par l'auteur avec beaucoup de suite. L'application de l'hypothèse d'amiboïsme faite plus largement et plus systématiquement que par tout autre auteur, n'a pas conduit pourtant le professeur Stcherbax, à se priver de l'analyse objective : il est loin de se laisser entraîner par l'hypothèse donnée, trouvant nécessaire de fixer l'attention du lecteur sur ce que cette hypothèse n'a pas encore trouvé sa confirmation dans l'anatomie microscopique, de même que nous manquons complètement de méthodes d'exploration des contacts entre les neuromes aussi bien dans l'état physiologique que dans l'état pathologique. La manière dont se produisent les décharges d'énergie nerveuse entre les neurones, reste

aussi tout à fait inconnue, la méthode de *Golgi* étant complètement inefficace à faire la lumière sur ce sujet.

La 4e leçon est consacrée aux *états psychopatiques typiques*, c'est-à-dire aux syndromes psychopathiques déterminés, qu'on doit strictement distinguer des *formes* cliniques, c'est-à-dire des *maladies* mentales ; l'auteur est d'avis que l'étude de ces états typiques, est non moins indispensable pour la psychiatrie que l'est l'étude de l'inflammation ou de la fièvre pour la pathologie interne. La classification psychologique de ces états qui est donnée par l'auteur et qui diffère en quelques points des autres, est comme suit : Au *premier groupe*, c'est-à-dire au groupe des états psychopathiques dépendant de l'affection primaire de tout l'organe phychique *in-toto*, se rapportent : 1° l'état maniaque ; 2° l'état mélancolique ; 3° l'état amentif, dans ses formes variées ; a) simple état amentif (conclusion mentale), b) état amentif hallucinatoire et délirant ; c) état amentif de défense primitif et de stupeur ; d) état amentif maniaque ; e) état amentif mélancolique ; f) état amentif d'abasourdissement) ; 4° l'état de démence atrophique ; 5° l'état de dégénérescence psychique ; 6° l'état d'automatisme. Au *second* groupe caractérisé par les altérations primitives concernant la sphère d'émotion,se rapporte seulement une espèce d'état psychopathique ; 7° l'état d'affectivité pathologique. Au *troisième* groupe se rapportent les altérations primaires de la sphère intellectuelle ; 8° l'état paranoïque ; 9° l'état de raisonnement pathologique ou l'état d'exclusivisme pathologique.

Enfin, au *quatrième* groupe, concernant l'altération primaire de la sphère motrice de la vie psychique se rapporte ; 10° l'état impulsif. La description de chaque état psychopathique est faite avec une concision, une clarté remarquable et avec une différenciation nette des autres psychopathies.

La leçon suivante analyse les *classifications des maladies mentales*. Entre les classifications les plus usitées en Russie, c'est-à-dire les classifications de Krafft-Ebing et de Korsakof, l'auteur choisit la dernière en y effectuant quelques changements.

Dans la 6e *leçon*, l'auteur en exposant *un cas judiciaire-psychiatrique* (tentative de meurtre dans un état d'affectivité pathologique) s'arrête sur les défectuosités du procédé judiciaire et législatif, nuisibles à l'expertise psychiatrique; quant à *la méthode de diriger l'expertise* devant le tribunal, l'auteur est d'avis que l'expertise psychiatrique ne doit présenter « rien d'autre qu'une leçon clinique bien exposée dans les termes les plus simples et les plus clairs ».

La 7e leçon roule sur un cas de *psychose mixte dégénératif*, ayant pour élément principal l'état d'exclusivisme pathologique. La leçon sert d'exemple évident de l'utilité de la connais-

sance des états psychopathiques typiques pour s'orienter parmi les symptômes de toute maladie mentale.

Ensuite Stcherbak s'étend longuement sur 5 cas d'affection du tronc cérébral (dont un cas avec autopsie), servant d'exacte illustration démontrant ainsi l'importance au point de vue du diagnostic et même du pronostic d'établir la localisation anatomique du processus morbide dans tous les cas de lésions organiques du système nerveux. Ces cas sont si bien choisis qu'ils ouvrent en détail devant le lecteur, toute l'anatomie physiologique du tronc cérébral ; ces cas sont : 1° *affection bulbo-spinale gliomateuse* ; 2° *hémorrhagie de la partie inférieure de la protubérance ;* 3° *hémorrhagie de la partie moyenne de la protubérance* ; 4° *ramollissement de la partie supérieure de la protubérance et du pédoncule cérébral* ; 5° *tumeur de l'hémisphère droit du cervelet.*

L'auteur donne la place secondaire aux symptômes dits « classiques » des maladies nerveuses. Dans ces conditions, cette partie de l'ouvrage intitulée par l'auteur « *anatomie physiologique du tronc cérébral étudiée au moyen de l'observation clinique* », représente non seulement les meilleurs matériaux pour l'étude de l'anatomie microscopique du tronc cérébral pour ainsi dire au sujet vivant, mais encore elle sert au névropathologiste qui débute de meilleure école pour s'initier à l'appréciation purement scientifique des phénomènes cliniques.

Les trois leçons suivantes sont consacrées à l'hystérie ; ce sont : « *Spasme tonique du diaphragme d'origine hystérique* », « *Paralysie hystérique* » (deux cas), et « *Pseudo-apoplexie hystérique* ».

Ces cas offrent à l'auteur la possibilité de se prononcer d'un côté au sujet du traitement des troubles hystériques et de l'autre côté sur l'origine des syndromes hystériques simulant parfois les affections organiques. Quant à la thérapeutique, l'auteur trouve indispensable de s'attacher à l'individualité de chaque malade comme point de départ de l'application du traitement, lequel, parfois sera, même inoffensif, plus utile que le traitement énergique. Quant à la seconde question sur la simulation par l'hystérie des différentes lésions organiques, l'auteur attribue un rôle important à la suggestion de la part de l'entourage, et des médecins qui, parfois par *leurs questions répétées avec persistance* peuvent créer à leur insu chez un sujet suggestible un syndrome caractéristique pour telle ou telle maladie, suivant l'idée erronée qui existait chez le médecin.

Dans la 12ᵉ leçon, l'auteur expose un cas *d'inversion sexuelle chez une femme* guérie par l'hypnotisme ; l'auteur développe en détail la question générale des anomalies sexuelles chez les femmes, explique leur rareté comparative, leurs particularités spéciales, etc.

La 13e leçon *« de la maladie de Friedreich et du faisceau cérébelleux des cordons postérieurs de la moelle »*, occupant plus de 80 pages, constitue comme une monographie entière de cette maladie. S'appuyant sur les données anatomiques, l'auteur fait connaître son point de vue concernant cette maladie, considérée comme une *lésion systématisée des voies cérébelleuses*, ou comme une *lésion combinée systématisée*, des voies cérébelleuses et d'autres systèmes, du faisceau pyramidal par exemple ; en cas d'affection systématisée du cervelet même, il se produit l'ataxie héréditaire cérébelleuse, que l'auteur propose de nommer « forme cérébelleuse de la maladie de Friedreich. » Il est bien difficile de bien exposer le contenu de cette leçon dans une courte analyse et elle mériterait d'être citée en entier.

Dans la 14e leçon, l'auteur traite la question de *la polynévrite infectieuse sensitive*, c'est-à-dire l'affection exclusive ou prédominante des fibres sensitives des nerfs périphériques, due à l'infection générale. La 15e leçon contient la description d'un cas d'*hypertrophie de la face* combinée avec la *sclérodermie*.

Enfin dans la 16e leçon, l'auteur analyse 4 cas d'*atrophie musculaire progressive* qui représentaient une combinaison de *la myopathie progressive* avec les différentes autres formes de l'atrophie progressive, telles que : *atrophie musculaire progressive spinale, poliomyélite chronique progressive, amyotrophie de* Charcot-Marie, *atrophie névritique dans sa forme généralisée.*

Selon l'avis de l'auteur, les symptômes « classiques » des différentes formes de l'atrophie musculaire progressive établis en vertu des cas purs ne peuvent avoir qu'une signification limitée en vue des fréquentes combinaisons, néanmoins il est très important pour le pronostic de fixer la forme fondamentale.

Alexandre NAOUMAN,
Assistant à la Clinique des *Maladies nerveuses et mentales* (Varsovie).

VARIA

FAMILLE FOLLE.

Niort. — Une famille entière est devenue folle à Périgni (Deux-Sèvres) dans une ferme exploitée par la famille Gilbert Toute cette famille, composée du père, de la mère, d'un garçon âgé de vingt-huit ans, d'une fille de vingt-trois ans, et d'une domestique âgée de douze ans, vient d'être prise subitement et collectivement d'accès de folie furieuse.

Les malheureux ont cassé tous les meubles de la maison et tiré

des coups de feu sur tous ceux qui ont tenté d'approcher de la ferme.

Presque nus, couverts de blessures causées par des éclats de vitres, ils ont enfin été maîtrisés et internés à l'hospice de Niort.

Un de leurs voisins, qui était en relations avec eux, et qui passe dans le pays pour un « jeteur de sorts », est soupçonné de n'être pas étranger à ce cas de folie extraordinaire; on parle de certains faits dont la famille Gilbert et leur domestique auraient été victimes. (*L'Aurore*, 11 décembre 1906)

La surveillance dans les asiles.

Le *Psychiatrisch-neurolog. Wochensc.* mentionne l'assassinat d'une infirmière par une aliénée à l'asile de Matteawan, à New-York. Ce crime a causé une émotion considérable. Une bohémienne, Lizzie Halliday, internée à l'asile à la suite de nombreux forfaits: incendie volontaire de sa maison où périt son fils, assassinat de son mari et de deux femmes, s'était comportée comme une aliénée tranquille. L'infirmière chargée de sa surveillance. miss Nelly Wicke, s'était particulièrement occupée d'elle et la démente lui témoignait une vive reconnaissance et ne voulait pas se séparer d'elle. Miss Nelly Wicke se fiança et, à la veille de son mariage, elle se préparait à quitter l'asile, Lizzie Halliday en conçut un vif chagrin, elle pleura, suppliant la jeune fiancée de demeurer à l'asile. Devant le refus de cette dernière, Halliday se précipita sur elle, l'entraîna dans une chambre dont elle ferma la porte, et arrachant à la malheureuse jeune fille des ciseaux qui pendaient à sa ceinture, elle les lui enfonça à plus de cent reprises dans la nuque et dans la figure. Lorsque le personnel attiré par les cris de douleur de la jeune fille et les hurlements de la folle, parvint à ouvrir la porte, on trouva Halliday souriante auprès du cadavre. Miss Wicke, rendit le dernier soupir dans les bras de son fiancé venu pour la chercher. B. P.

Les aliénés en liberté.

Mort subite. — On écrit de Courcelles, en date du 13 novembre au *Nouvelliste de la Sarthe* du 14 novembre. Le 11 novembre, vers 4 h. 1/2 du soir M. Julien Cahoreau, âgé de 68 ans, propriétaire, a été trouvé couché sans vie dans un fossé sur la route de Mézeray. M. le docteur Tourrenc, de Malicorne, est venu constater le décès qu'il attribue à une débilité sénile.

Une femme écrasée. — Comme nous le racontions dans notre dernière édition, M. Pottier, commissaire de police du troisième arrondissement, s'est rendu hier à l'amphithéâtre de l'hôpital, à 2 heures 1/2 de l'après-midi, en compagnie d'une dame Cusson,

demeurant Chemin-Neuf-d'Arnage, pour confronter cette dernière avec le cadavre de la femme trouvée écrasée sur la voie du chemin de fer, près du passage à niveau des Sablons. C'était afin d'établir l'identité de la victime que l'on croyait être la sœur de Mme Cusson.

La confrontation a donné le résultat qu'on attendait. Mme Cusson, en effet, a reconnu la morte pour être sa sœur, Dutertre Léontine-Angélique, veuve Lemeunier, âgée de 56 ans, née à Torcé. Elle ne jouissait pas de la plénitude de ses facultés mentales et n'avait pas de domicile fixe.

La victime s'était présentée récemment à l'hospice, pour y solliciter son admission et la concierge de l'établissement, lorsqu'on avait, hier, apporté la défunte, avait reconnu en elle la solliciteuse, dont elle savait qu'une sœur — Mme Cusson — était domiciliée Chemin-Neuf-d'Arnage. C'est de cette façon qu'on a pu l'identifier. (*Nouv. de la Sarthe* 14 nov.)

Suicide. — M. Loyau Jacques-Ambroise, propriétaire à la Chartre) a été trouvé le 10 courant dans la matinée étendu sur son lit, ne donnant plus signe de vie. Le cadavre portait un sillon bleuâtre autour du cou, indice de la mort par strangulation. M. Loyau était très à l'aise et très bien soigné par son fils, mais il ne possédait plus toute sa raison. C'est ce qui explique son suicide. (*Nouv. de la Sarthe.*)

Un suicide. — Mme veuve Pihan, âgée de 75 ans, qui ne jouissait pas de toutes ses facultés mentales, a mis fin à ses jours en se noyant dans son lavoir. Son intention de se suicider était si bien arrêtée qu'elle avait disposé des réchauds pour s'axphyxier et, dans un autre endroit, une corde pour se pendre, mais elle a préféré avoir recours à la rivière (*Semeur de l'Oise*, 12 déc.).

Une mort tragique. — Samedi dernier, Mme Quentin, née Desaint (Alexandrine), 48 ans, atteinte depuis environ 15 ans d'aliénation, s'est donnée la mort dans les circonstances suivantes. Son mari, M. Quenum (Arthur), âgé de 58 ans, ancien receveur des contributions indirectes, était parti vers 11 heures du matin pour Clermont.

A son retour par le train de 5 heures du soir, il trouva son infortunée compagne râlant sur un lit, au milieu d'une mare de sang. Dans la salle à manger il vit une autre mare de sang près de laquelle était son fusil de chasse.

Il put questionner Mme Quentin et lui demander si c'était elle qui s'était tuée. Elle répondit : oui. En dépit des soins qui lui furent prodigués, elle rendit le dernier soupir vers huit heures du soir dans d'horrible souffrances. Pendant l'absence de son mari, la malheureuse femme, prise soudain d'un accès de fièvre, avait décroché le fusil en question et l'avait chargé, adossé la crosse de

l'arme contre un canapé et, s'étant placée à l'extrémité du canon, elle avait fait jouer la détente à l'aide d'une canne. Ayant reçu la décharge en plein ventre, elle avait eu la force de se coucher sur le lit distant de six mètres où son mari la trouva mourante. (*Semeur de l'Oise* 12 déc. 1906).

ASILES D'ALIÉNÉS : CONCOURS POUR L'ADJUVAT.

En conformité du décret du 1er août 1906, le concours pour l'emploi de médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés s'ouvrira à Paris le lundi 4 mars 1907, et les demandes des candidats, à ces épreuves seront reçues au Ministère de l'Intérieur (1er Bureau de la Direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, 7, rue Cambacérès) du lundi 28 janvier au dimanche 10 février au plus tard, accompagnées de toutes les pièces énumérées dans le décret précité.

Le jury du concours. pour l'emploi de médecin adjoint des asiles publics d'aliénés est ainsi constitué : Président : M. Drouineau, inspecteur général des services administratifs au ministère de l'intérieur. Membres titulaires : MM. Thoinot, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris, ; Rémond, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse ; Paris, chargé de cours à la faculté de médecine de Nancy ; Vallon, médecin en chef de l'asile clinique (Sainte-Anne) ; Girma, directeur médecin à l'asile public d'aliénés de Pau ; Pichenot, médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Montdevergues (Vaucluse). Juge suppléant : Chocreaux, médecin en chef à l'asile public d'aliénés de Bailleul (Nord). Le nombre des candidats inscrits pour ce concours est de 26.

FAITS DIVERS

ASILES D'ALIÉNÉS. *Mouvement de décembre* 1906 *et janvier* 1907. — M. le Dr Briche, médecin-adjoint à l'asile de Saint-Venant (Pas-de-Calais), nommé médecin en chef à l'asile de Leyme (Lot) et maintenu dans les cadres des médecins des asiles publics d'aliénés. — M. le Dr Lépine, médecin-adjoint à Bron (Rhône) promu à la 1re classe du cadre. — M. le Dr Dubourdieu, médecin-adjoint à Saint-Gemmes (Maine-et-Loire) promu à la 2e classe. — M. le Dr Tissot, médecin-adjoint à l'asile de Dury (Somme) promu à la 1re classe du cadre.

ETABLISSEMENT D'UN ASILE D'ALIÉNÉS A MONT-DE-MARSAN. — Sur le rapport du président du conseil, par décret du 9 janvier 1907, le département des Landes est autorisé à emprunter une somme de 1 million de francs, applicable aux frais d'établissement d'un asile d'aliénés à Mont-de-Marsan.

Asiles publics d'aliénés de Bailleul et Armentières. — Concours pour la nomination à 4 places d'interne titulaire en médecine dont trois à Bailleul et une à Armentières et 3 places d'interne provisoire dont deux à Bailleul et une à Armentières. Le lundi 18 mars 1907, à 9 heures précises il sera ouvert à la Faculté de médecine de Lille un concours public pour la nomination des titulaires à ces fonctions.

Asiles publics d'aliénés de Bailleul et d'Armentières. — *Concours pour la nomination à 4 places d'interne titulaire en médecine, dont trois à Bailleul et une à Armentières, et 3 places d'interne provisoire dont deux à Bailleul et une à Armentières.* — Le lundi 18 mars 1907, à 9 heures précises, il sera ouvert à la Faculté de médecine de Lille, un concours public pour la nomination à quatre places d'interne en médecine et à trois places d'interne provisoire aux asiles publics d'aliénés de Bailleul et d'Armentières.

Conditions de l'admission aux concours et formalités à remplir : Sont admis au concours les étudiants en médecine possédant au moins dix inscriptions de doctorat, dans une faculté ou une école de médecine de l'Etat. Les candidats devront, pour être inscrits au concours, produire les pièces suivantes à la préfecture du Nord : 1° Expédition de l'acte de naissance ; 2° Extrait du casier judiciaire ; 3° Certificat de revaccination datant de moins de trois années ; 4° Certificat délivré par le doyen de la faculté ou le directeur de l'école dans laquelle le candidat a fait ses études médicales constatant au moins dix inscriptions ; 5° Certificat de bonnes vie et mœurs délivré par le maire de la commune ou autre magistrat qualifié. (Ce certificat devra ne pas avoir plus d'un mois de date). La liste des candidats sera close cinq jours avant la date d'ouverture du concours.

Composition du jury du concours. — Le jury est composé de cinq membres, savoir : un docteur en médecine, délégué de Monsieur le préfet, président ; deux professeurs de la faculté de médecine proposés par Monsieur le doyen ; un médecin en chef de l'asile de Bailleul ; un médecin en chef de l'asile d'Armentières ; un juge suppléant pris parmi les médecins de ces deux établissements.

Les épreuves du concours sont réglées comme suit : 1° Une composition écrite, de trois heures, sur un sujet de pathologie médicale ou chirurgicale, à l'exception des sujets de pathologie spéciale. Il sera accordé trente points pour cette épreuve, qui peut devenir éliminatoire si le nombre des candidats dépasse le triple des places vacantes ; 2° Une épreuve orale, de quinze minutes sur un sujet d'anatomie et de physiologie du système nerveux, après quinze minutes de préparation. Il sera accordé vingt points

pour cette épreuve ; 3° Une épreuve orale, de cinq minutes, sur une question, dite de « Garde », après cinq minutes de préparation. Il sera accordé quinze points pour cette épreuve. Les candidats admis au concours peuvent seul pénétrer dans les locaux réservés aux épreuves écrites. Le sujet de la composition écrite est le même pour tous les candidats. Il est tiré au sort entre cinq questions rédigées et arrêtées par le jury, aussitôt avant l'ouverture de la séance. Pour les épreuves orales, la question sortie est la même pour tous les candidats, et elle est tirée au sort comme ci-dessus. Les candidats subissent les épreuves orales suivant un ordre de tirage au sort effectué à l'ouverture de chaque séance. Les épreuves orales sont publiques. Le jugement définitif porte sur l'ensemble des épreuves.

Les fonctions des internes titulaires durent trois années et celles des internes provisoires jusqu'au concours suivant, auquel ils peuvent d'ailleurs se représenter dans les conditions exigées. Les internes nommés dans l'ordre de classement établi par le jury entrent en fonctions à la date fixée dans leur arrêté de nomination. A l'expiration de leurs fonctions, les internes reçus docteurs en médecine et se destinant à l'adjuvat des asiles, peuvent être autorisés par décision préfectorale, sur la proposition du directeur, et après avis favorable du chef de service et de la commission de surveillance, à faire une quatrième année d'internat.

Les traitements alloués à MM. les internes sont fixés ainsi qu'il suit : 1re année, 800 francs ; 2e année, 900 francs ; 3e année, 1000 francs ; 4e année, 1200 francs Les avantages en nature sont le logement, la nourriture, le chauffage et l'éclairage.

Les internes provisoires reçoivent le traitement et les avantages des internes titulaires dont ils tiennent la place pendant tout le temps, jour par jour, de leurs fonctions provisoires. Les internes titulaires et provisoires sont soumis, pendant toute la durée de leurs fonctions, aux règlements présents ou futurs concernant le service intérieur de l'établissement.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Anstregesilo. — *Mimetismo.Imbécis e Idiotas.* Brochure in-8° de 12 pages Office de typographie de hospicio nacional de alienadas, Rio-de-Janeiro.

Monestier. — Rapport médical et compte moral et administratif sur l'asile départemental des aliénés à Yzeure. Brochure de 42 pages. Fudez, rue du Vert-Galant, à Moulins

Sand (René). — *La neuronophagie*, in-8° de 156 pages. En vente chez Hayez, imprimeur, rue de Louvain, 112, à Bruxelles.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères et Thiron.

Vol. I. Février 1907. N° 2

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

LÉGISLATION

La revision de la loi du 30 juin 1838.

Examen critique de la nouvelle loi sur le régime des aliénés ;

PAR LE Dr V. BOURDIN
Médecin en chef de l'Asile du Mans (Sarthe).

Pour leurs étrennes, en l'an de grâce 1907, les médecins aliénistes français ont eu une surprise : la revision de la loi du 30 juin 1838, tant de fois annoncée, tant de fois inscrite à l'ordre du jour de la Chambre des Députés, mais sans cesse ajournée, se trouvait inscrite tout en tête des travaux de l'Assemblée, et sa discussion était annoncée comme certaine par tous les journaux politiques. Cette discussion a eu lieu en effet ; elle a occupé quatre séances de la Chambre, celles des lundi 14, jeudi 17, lundi 21 et mardi 22 janvier. Le rapporteur de la Commission nommée par la Chambre pour examiner le projet était M. Fernand Dubief, député de Saône-et-Loire, ancien ministre, et ancien directeur administratif de l'Asile de Marseille. M. Mirman, directeur de l'Assistance et de l'hygiène publiques, était Commissaire du gouvernement. L'urgence a été déclarée, et la discussion a immédiatement commencé.

Je ne crois pouvoir mieux faire, pour apprécier les propositions qui ont été successivement présentées et adoptées, que de suivre l'ordre même de la délibération : discussion générale d'abord, puis passage aux différents articles. Bien qu'amené nécessairement à faire de larges citations, je supposerai connu le texte exact de la loi, que d'ailleurs les lecteurs trouveront plus loin, dans le n° de mars.

A. — Discussion générale.

La discussion générale a occupé presque toute la séance du 14 janvier. On y a entendu, outre le rapporteur, MM. Joseph Reinach, auteur lui-même d'un ancien projet de revision (1890), Cruppi, président de la Commission, Lefort, Simonet, Th. Reinach, Victor Fort, etc. M. Mirman, commissaire du gouvernement, a présenté de très judicieuses observations. Cette intéressante discussion est à rapprocher de celle qui eut lieu en 1886, au Sénat, quand fut examiné le projet de M. Théophile Roussel, qui avait précédé celui de M. J Reinach. Le projet Roussel, adopté par le Sénat en mars 1887, fut transmis à la Chambre des Députés qui nomma une Commission : M. Bourneville déposa un rapport au nom de cette commission, mais ce rapport ne fut jamais discuté. (On trouvera la relation complète des débats de la Haute Assemblée (novembre 1886) dans les *Archives de neurologie* de 1887-88-89.)

Il est hors de conteste qu'à l'heure actuelle, à la suite de quelques prétendues séquestrations arbitraires autour desquelles la presse politique a fait grand bruit, un courant d'opinion s'était dessiné en faveur d'une prompte revision de la loi de 1838, et il semble que c'est le souci d'éviter à l'avenir tout internement illégitime qui a déterminé la discussion du projet Dubief.

Nos lecteurs savent que ce projet date de 1902. Depuis 1862, il est question de refaire la loi de 1838, mais je crois inutile de passer en revue tous les projets qui ont été successivement présentés aux Chambres, et qui n'ont plus qu'un intérêt historique : je préfère entrer dès maintenant dans le vif de la question.

On connaît l'économie générale de la loi Dubief ; le rapporteur en a retracé, avec une éloquence souvent applaudie, les grandes lignes devant ses collègues, qui ont rendu un légitime hommage à sa ténacité et à son consciencieux labeur. Les principaux griefs adressés par le rapporteur à la loi de 1838 sont les suivants : 1° Elle ne règle pas suffisamment les conditions de fonctionnement des Asiles, de façon à en faire de véritables hôpitaux de traitement ; — 2° Elle n'a pas pris toutes les précautions désirables pour sauvegarder les intérêts et les biens des

aliénés ; — 3° Elle n'offre pas de garantie suffisante à la liberté individuelle.

Ce dernier est le grand reproche, celui de tous les journalistes qui ont attaqué la loi de 1838, celui que l'opinion publique, égarée par des critiques acerbes, croit le mieux fondé. Nous nous permettrons de n'être aucunement de cet avis, et si les médecins aliénistes étaient les premiers à réclamer la revision de l'ancienne loi, qui ne s'adaptait plus suffisamment aux exigences de la psychiatrie moderne, ils ont tous rendu justice à cette belle loi, que la pratique seule permet d'apprécier à sa réelle valeur.

M. Bourneville, lors de la discussion du projet Roussel au Sénat, invitait, en reproduisant les débats dans ce journal, les médecins des asiles à lui adresser des lettres commentant ou critiquant cette discussion. J'ai pensé que cette invitation subsistait pour la discussion de la loi Dubief en 1907, et c'est ce qui m'a décidé à entreprendre ce travail critique, que je remercie vivement ici M. Bourneville de vouloir bien insérer dans les *Archives*.

Plusieurs des dispositions principales de la nouvelle loi ont été résumées dans la discussion générale : je les examinerai plus fructueusement avec les divers articles qui s'y rapportent. Je ne veux m'occuper ici que du grand principe qui a présidé à l'élaboration de la loi, du grand moyen trouvé pour éviter les séquestrations arbitraires, la substitution de l'autorité judiciaire à l'autorité administrative dans le placement dit volontaire d'un aliéné.

L'internement ne sera tout d'abord que *provisoire* : on exigera, non plus un simple certificat, mais un rapport détaillé, établi par un médecin qui ne pourra être celui de l'établissement vers lequel doit être dirigé le malade ; puis, les certificats de vingt-quatre heures et de quinzaine délivrés comme actuellement par le médecin traitant. Toutes ces pièces seront communiquées au Tribunal civil du lieu, qui rendra alors, s'il y a lieu, un jugement d'internement *définitif*. S'il a des doutes, ou s'il y a opposition, même de la part du malade, il pourra refuser l'internement ou ordonner une expertise contradictoire.

On croit ainsi éviter à l'avenir les séquestrations arbitraires. Mais, tout d'abord, je demanderai : qu'est-ce

qu'une séquestration arbitraire ? La loi ne le dit pas. J'imagine cependant que c'est l'internement dans un asile d'un individu qui n'est pas aliéné. Or, la loi de 1838 contient une étrange lacune, qui subsiste dans celle de 1907 : il n'y a pas de définition de l'aliéné ! Serait-ce que cette définition est jugée superflue ? En ce cas, il faudrait avouer notre infériorité, nous autres médecins spécialistes, qui ne tombons pas toujours d'accord sur le sens à donner à ce mot. Fou et aliéné sont-ils deux termes synonymes ? Le public dit oui, la plupart d'entre nous répondent non : le mot aliéné est généralement considéré comme ayant une plus large extension que le mot fou, qui ne s'applique qu'aux psychoses, aux délires proprement dits. Le débile, l'arriéré, l'idiot, le dément sénile, sont-ils des aliénés ? Si le législateur, acceptant l'opinion des médecins, opte pour l'affirmative, on ne voit plus bien ce que peuvent être les séquestrations prétendues arbitraires. La plupart du temps, en effet, elles ont pour objet des déments, des simples d'esprit que les voisins, voire même les tribunaux, ne jugent pas assez malades pour être enfermés, mais que leurs proches, mieux en état de constater leurs méfaits, cherchent à faire admettre dans un établissement où ils seront au moins hospitalisés. Il est très vrai qu'ils se délivreront ainsi d'une gêne continue et se débarrasseront d'un parent devenu encombrant : mais qui peut, en conscience, le leur reprocher, s'il est vrai que tout aliéné peut à un moment de sa vie devenir dangereux à l'égard d'autrui ? Et de tels internements ne sont en rien contraires à la lettre et à l'esprit de la loi de 1838.

Cependant puisque l'on nous parle sans cesse de séquestrations illégitimes, il faut bien admettre qu'il s'en est produit quelques-unes. Mais à moins que le médecin certificateur et le médecin de l'établissement ne soient de connivence avec la famille, l'interné a toute liberté de protester auprès de l'autorité judiciaire et administrative contre sa séquestration et cela dès le premier jour de son entrée. De plus, la loi de 1838 accordait à l'individu placé dans une maison de santé un supplément de garantie : la contre-visite dans les trois jours. Etant donné la gravité des peines encourues, il faut bien admettre que, même au

cas où il se serait trompé, le médecin a dû être de bonne foi. Ce qui signifie qu'il a constaté au moins un symptôme d'aliénation. Dès lors, qui peut dire que la séquestration est arbitraire ? Dira-t-on qu'un seul symptôme est insuffisant, qu'il en fallait au moins 2, ou 3 ? Ces chiffres n'auraient aucun sens, et en réalité, si le malade n'était encore que peu atteint, il aurait tort de se plaindre d'avoir été soigné avant que son affection se soit aggravée.

Ce qui nous effraye précisément dans la nouvelle loi, ce sont les obstacles apportés à l'internement. Il est à craindre qu'ils n'aient d'autre effet que de rendre celui-ci, sinon impossible parfois, du moins toujours plus tardif. Or la folie, on ne saurait trop le répéter, n'a chance d'être curable qu'à condition d'être traitée de bonne heure, le plus près possible de son éclosion. Et que l'on n'objecte pas que le placement provisoire sera facile : les familles sauront que dans la quinzaine, interviendra un jugement du tribunal, et elles reculeront trop souvent devant les responsabilités encourues, devant aussi les représailles possibles du malade. J'ai prononcé le mot de jugement. Les tribunaux en effet ne rendaient jusqu'ici que des jugements et ne seront peut-être qu'à demi satisfaits du rôle administratif qu'on veut leur faire jouer. Et puis, un jugement amenant un internement définitif ne sera-t-il pas regardé par le public comme une condamnation, et n'est-ce pas une nouvelle peine que la loi institue ? Il n'y a pas que les familles qui seront au courant des formalités légales : bien des malades en seront également instruits et au besoin nous médecins nous nous ferions un devoir de les renseigner sur leurs droits. Dès lors, ne pourra-t-il se faire que pendant quinze jours, un mois et même plus, un aliéné très dangereux ne dissimule son délire, ses hallucinations pour obtenir sa sortie ? La clinique ne se charge que trop de répondre.

Il est un grand fait qui nous semble dominer tout le débat : c'est la question de responsabilité. Le Préfet est aujourd'hui considéré par la jurisprudence comme responsable des placements, même volontaires : il peut toujours provoquer la sortie immédiate (art. 16 de la loi de 38) et s'il ne le fait pas, c'est qu'il fait sien l'avis du médecin traitant. S'il agissait contrairement à cet avis, ce se-

rait donc sous sa responsabilité directe : et les Préfets en ont aujourd'hui tellement conscience qu'ils se rangent toujours à l'opinion du médecin. C'est là le principal avantage de la loi de 1838 ; le médecin est laissé seul juge de la nécessité de l'internement.

Remarquez que l'autorité judiciaire n'était nullement désarmée : l'art. 29 de la loi de 1838 lui donnait la possibilité de faire sortir sans justification, après ou sans expertise, tel ou tel malade séquestré ; et le fait s'est en effet produit quelquefois. Il est à craindre qu'avec la nouvelle loi, ces dissentiments entre magistrats et médecins ne soient fréquents, car l'opinion de l'expert ne lie pas le juge. Et le danger vient encore de ce qu'un tribunal n'est en rien responsable de ses jugements.

On commet, à mon avis, une erreur quand on prétend justifier l'intervention de l'autorité judiciaire dans le placement des aliénés, par cette considération qu'a la magistrature seule appartient le droit de disposer de la liberté d'un citoyen. Il ne s'agit pas de priver l'aliéné de sa liberté : il s'agit de le soigner et de lui concéder, au contraire, le maximum de liberté compatible avec son état. Nos asiles modernes ne sont plus des « renfermeries » ; les malades sortent, vont à la promenade, partent en congé. A l'asile du Mans, on les conduit plusieurs fois par an aux théâtres forains, dans les jardins publics, aux environs même de la ville en tramways. Il me semble, puisque l'on veut tant assimiler l'asile à un hôpital, que dans les hôpitaux la liberté n'est guère plus grande, et si l'on empêche l'aliéné de sortir de l'asile dès qu'il le réclame, c'est parce que sa maladie ne nuit pas seulement à lui-même, mais à autrui.

Enfin, je prétends que si l'on tient absolument à faire intervenir la magistrature dans le placement des aliénés, ce devrait être exclusivement dans les cas de placements d'office. Les enquêtes policières nécessitées par ceux-ci seraient mieux conduites par l'autorité judiciaire que par l'autorité administrative. Du reste, pour les placements volontaires, la justice a toute facilité de s'enquérir lorsqu'elle le désire, puisqu'elle est avisée par les préfectures dès qu'une admission de ce genre s'est produite.

Le cauchemar, la phobie des séquestrations arbitraires

disparaîtront-ils sous le régime de la loi Dubief ? Ce serait trop présumer, et je pense que l'auteur même de la loi ne se fait pas trop d'illusions sur ce point. En tous cas, même si l'on tient pour capitale la considération de la liberté individuelle à protéger, il faut admettre qu'elle n'est pas unique ; l'aliéné étant élevé à la dignité de malade a droit aux soins, même si l'autorité judiciaire conteste son affection psychique. Et puisqu'il est reconnu que les séquestrations arbitraires n'ont été que l'infime exception, si même il s'en est jamais produit, est-il bien logique de se baser sur l'exception pour légiférer. ?

Je n'aurais pas osé insister autant sur les dangers et inconvénients de l'intervention judiciaire, si j'avais eu le sentiment d'être à peu près seul de mon avis. Mais, il n'en est rien : un de nos confrères de Paris, le Dr Toulouse, avait, en 1903, consulté tous les médecins d'asiles sur cette question si controversée : sur 36 réponses, 18 sont franchement hostiles à la réforme ; 13 sont entièrement favorables, et 5 font des réserves. (*Revue de psychiatrie*, 1904) : je suis donc en bonne compagnie .Il semble que le législateur eût pu tenir compte de cette consultation et des critiques diverses formulées à cette occasion par mes confrères. Elles sont toutes le fruit de l'expérience, et la bonne foi et la sincérité de leurs auteurs ne sauraient faire doute. Elles méritent donc d'être prises en sérieuse considération.

B. Discussion des articles.

Après la discussion générale, la Chambre décida de passer à la discussion des articles. Le texte primitif fut très peu modifié,et en définitive les débats furent assez courts, puisqu'ils ne prirent que 4 séances, alors que la discussion au Sénat en 1886, avait exigé deux délibérations et absorbé 17 séances.

Le titre Ier de la loi Dubief consacre une dénomination nouvelle : les établissements destinés au traitement des maladies mentales ne s'appelleront plus « asiles » mais hôpitaux. Il paraît que l'avantage est réel, et il était proclamé depuis longtemps par nombre de mes confrères ; j'avoue qu'il m'échappe. Le terme asile me plaisait ; ne signifie-t-il pas refuge ? C'était bien un refuge, en effet,

pour l'infortuné privé de sa raison, un refuge contre l'indifférence, parfois la haine des voisins et des parents, un abri où l'aliéné trouvait aide et protection contre les méfaits de la destinée, où cet infirme se retirait, n'étant plus apte à la lutte dans le rude combat de la vie. Le mot d'hôpital ne modifiera d'ailleurs en rien les soins que l'aliéné recevait déjà, et si l'on désirait absolument changer quelque chose, c'était non le mot « asile », mais l'idée qui s'y attache dans le public, la méfiance injustifiée qu'il éveille et qui tient uniquement à la répulsion qu'évoque l'épithète de fous. Le nouvel hôpital restera l'hôpital des fous, et l'horreur qu'il inspire au public risque de n'être aucunement diminuée. Mais les mots ne sont rien en eux-mêmes : voyons donc ce qui se cache sous les articles de la nouvelle loi.

Le titre Ier est divisé en 2 sections : la première, comprenant 9 articles, est intitulée : « Des établissements destinés au traitement des maladies mentales et à la garde des aliénés ; des aliénés traités à domicile. »

L'article Ier est ainsi conçu : « L'assistance et les soins nécessaires aux aliénés sont obligatoires. » — L'expérience est là pour démontrer que, dans une loi, on ne saurait être trop sévère dans le choix des termes, de façon à éviter autant que possible toute ambiguïté d'interprétation. Or je trouve l'article Ier bien peu explicite : « obligatoires » pour qui ? sans doute les articles suivants éclairciront le texte, mais ne serait-il pas préférable d'établir d'emblée une rédaction précise ? J'ai déjà parlé de l'intérêt qu'il y a à définir le terme *légal* d'aliéné ; la nécessité de cette définition avait été entrevue par le Sénat qui, on ne sait pourquoi, s'était borné à définir le but des établissements spéciaux : ce n'est pas tout de déclarer que l'asile ne recevra que des aliénés, il faut savoir ce que la loi entend par aliéné. L'article Ier ne pourrait-il être rédigé ainsi : « Est considéré comme aliéné : 1° tout individu atteint d'un arrêt de développement de ses facultés intellectuelles ; 2° tout individu présentant une perturbation passagère ou durable de ces facultés, constituant un délire susceptible de s'accompagner d'une abolition partielle de l'intelligence ou d'amener ultérieurement la disparition totale de celle-ci. » — Rentrent

dans la première catégorie : les débiles, les arriérés, les idiots et les crétins, enfants ou adultes ; dans la seconde, les fous proprement dits et les déments séniles. — Tout aliéné est un malade qui a droit au traitement et aux soins dans un établissement approprié à son état morbide. »

Puisqu'on tient tant, et avec raison, à proclamer après Pinel que l'aliéné est un malade, il ne serait peut-être pas inutile de l'inscrire expressément dans la loi.

L'article 2 organise des asiles spéciaux pour alcooliques, épileptiques, idiots et crétins. Le progrès ici est réel, et il n'y a qu'à se féliciter de voir aboutir les efforts si persévérants du rédacteur en chef de ce journal, M. le Dr Bourneville, qui avait déjà présenté dans ses rapports de 1889 et 1890 un éloquent plaidoyer en faveur des enfants arriérés. Toutefois, si pour ces derniers, des asiles-écoles et des écoles spéciales s'imposent, je ne vois pas la nécessité d'asiles distincts pour les buveurs, les épileptiques, les idiots complets. Des quartiers annexés aux asiles seraient suffisants. Outre la dépense considérable que la construction de tant d'asiles spéciaux entraînera, je vois un autre inconvénient. Les médecins chargés de ces services, déjà spécialisés, se spécialiseront plus étroitement encore : ce seront des spécialistes parmi d'autres spécialistes, et lorsqu'ils éprouveront le désir de changer de service, ce qui arrivera quelquefois je suppose, ils pourraient se trouver assez mal préparés à leurs nouvelles fonctions. Si mes idées prévalaient, l'article 2 pourrait subsister, sauf les mots : « dans l'attente d'asiles spéciaux. »

Quant aux *colonies familiales*, elles sont loin d'avoir fait leurs preuves comme moyen de traitement. Mais ce qui n'est pas démontré aujourd'hui peut l'être demain, et du moment que ces colonies sont simplement autorisées, non rendues obligatoires pour chaque département, je n'ai aucune objection à formuler.

Enfin, l'art. 2 admet la possibilité de l'assistance à domicile. — Assistance semble indiquer qu'il ne s'agit pas d'un mode de traitement, qui en effet serait des plus défectueux. Nous savons tous que la première condition, pour la curabilité d'une affection mentale, est que l'aliéné soit enlevé au milieu où se maladie a pris naissance.

L'assistance à domicile ne semble donc, d'après les termes de la loi, ne pouvoir s'appliquer qu'à des chroniques inoffensifs : encore serait-il désirable, à mon avis, qu'ils aient fait un séjour plus ou moins prolongé à l'asile, où le médecin apprécierait leur état avant de les confier soit à leur propre famille, soit à une famille étrangère. Il ne serait peut-être pas inutile non plus qu'ils soient visités de temps à autre par un médecin, qu'ils restent enfin soumis à une certaine surveillance. — A mon sens, tout ce qui, dans la loi nouvelle, est relatif au placement à domicile, devrait être revisé pour plus de précision dans les termes.

L'art. 3 tend à astreindre à l'autorisation préalable toute maison de santé, même ne recevant pas d'aliénés en principe ; cet article a été très discuté, réservé d'abord, puis adopté avec une légère modification présentée par M. Mirman. Désormais toute maison dite de santé, destinée à recevoir ou non des aliénés, sera obligatoirement soumise à l'autorisation. — Je ne puis, en ce qui me concerne, que donner mon approbation complète à cette disposition. Nous savons tous trop bien combien d'aliénés sont secrètement admis dans de prétendues maisons d'hydrothérapie, d'électrothérapie, massothérapie, etc., et les chefs de maisons de santé sérieuses, où l'on fait vraiment du traitement, seront les premiers, je n'en doute pas, à se féliciter de la décision de la Chambre.

Toutefois, j'estime que là encore l'absence d'une définition de la « maison de santé » est regrettable ; un texte très net avait été proposé au Sénat lors de la discussion de la loi Roussel : « Est qualifiée maison de santé toute maison où se trouvent traités un ou plusieurs aliénés. » Ce texte aura l'avantage de soumettre à la surveillance les maisons où l'on fera de « l'assistance à domicile », et étant donné les dangers de celle-ci (extorsion de signatures, soins insuffisants, etc.), une telle précaution n'est peut-être pas superflue.

L'art. 4 oblige chaque département à avoir son asile dans un délai de dix ans. C'est le texte adopté au Sénat ; il n'y a qu'à approuver, tout en trouvant le délai un peu long.

L'art. 5, très important, maintient la Commission de

surveillance. Elle en prévoit même plusieurs dans certains départements, sans doute en prévision de plusieurs asiles. Cette commission comprendra : 2 conseillers généraux, 2 membres choisis par le Préfet, dont un docteur en médecine, le curateur dont il sera parlé plus loin, et un juge. — Pourquoi ce juge ? Je l'ignore. La Commission en effet n'a pas à s'occuper des placements, ainsi que cela avait été très bien établi au Sénat : elle n'a qu'un rôle administratif, et en ce qui concerne l'administration provisoire des biens des aliénés, dont elle reste chargée, un notaire ou un avocat eût, semble-t-il, bien mieux fait l'affaire qu'un juge du tribunal.

Les attributions de la Commission de surveillance sont bien mal indiquées dans le texte de la loi ; il faut espérer qu'elles seront parfaitement délimitées par le règlement d'administration publique qui nous est promis. Il est dit, en effet, que la Commission a une triple attribution : 1° elle remplit les fonctions de « Conseil de famille » à l'égard des aliénés non interdits. Que peut bien être cette fonction nouvelle ? Nous connaissons les conseils de famille réunis par les soins des juges de paix et comprenant divers parents de l'aliéné. Ces conseils sont fréquemment consultés actuellement au grand avantage des malades : ne le seront-ils plus désormais ? Ce serait de tout point regrettable, et certaines dispositions de la loi, dans les articles suivants, tendent à démontrer que mon interprétation est erronée. Alors, de quoi s'agit-il ? Si ce n'est que de l'administration provisoire des biens, pourquoi ne pas le dire expressément ?

2° La Commission exercera sur les asiles publics une surveillance administrative et financière. — 3° Elle contrôlera les asiles privés. La seconde de ces fonctions est d'un vague effrayant. C'est qu'en effet, à l'article 6, il est dit que le directeur est responsable ; c'est même la seule fois que le mot responsable est employé. Il faut donc en conclure que la Commission n'a aucune responsabilité; dès lors, quelle sera la nature des rapports entre la Commission et le directeur ? Donnera-t-elle simplement « des avis » sur les propositions qui lui sont soumises par le directeur ? Et le directeur sera-t-il tenu, sous sa responsabilité directe et personnelle, de suivre à la lettre un avis

de la Commission contraire au sien ? Enfin, la Commission aura-t-elle le droit d'initiative, quoique n'ayant aucune responsabilité ?

On a trop parlé à la Chambre des multiples conflits qui existent dans les asiles, le Gouvernement et nos représentants ont montré un trop réel souci de les éviter à l'avenir, pour que j'hésite à poser ici toutes ces questions, que le législateur de 1838 avait si fâcheusement oublié de solutionner.

L'article 6, très important encore, est relatif à la direction des asiles et maisons de santé. Pour les asiles, la direction appartiendrait au médecin en chef responsable. Je me suis déjà expliqué sur ce mot responsable appliqué uniquement au directeur: mais il convient d'insister sur le principe de la direction purement médicale des asiles que M. Dubief a vigoureusement défendu. J'ai été personnellement très heureux de constater l'hommage éloquent rendu par le rapporteur aux efforts et au zèle éclairé des médecins d'asile ; mais il faut avoir le courage de l'avouer : contrairement à l'opinion d'Esquirol, *tout n'est pas médical* dans le fonctionnement d'un asile, et si l'on veut bien ne pas se laisser égarer par le mirage des mots, on conviendra que la surveillance des cultures maraîchères, les démarches auprès des fournisseurs, et les mille détails futiles qui risquent d'accaparer la plus grande partie du temps du médecin, n'ont rien à proprement parler de médical. Aussi devons-nous savoir gré, ce me semble, à M. Mirman d'avoir réussi à faire accepter par la Commission un texte qui permettra au ministère, pour certains grands asiles et ceux de la région de Paris en particulier, de placer un administrateur à côté du médecin. Il est entendu que les fonctions de l'un et de l'autre seront étroitement délimitées par le Règlement du service intérieur.

La question des médecins-adjoints me paraît avoir été supérieurement traitée par M. Lefort, qui est membre de la Commission de surveillance de l'asile de Quatremares (Seine-Inférieure). — La nouvelle loi supprime tout simplement les médecins-adjoints et les remplace par des médecins traitants. S'il n'y avait que changement de qualificatif, le mal ne serait pas grand ; nos jeu-

nes confrères, nous le savons bien, n'aiment guère ce mot d'adjoints, qui emporte à leurs yeux une certaine subordination. Cependant, jusqu'ici, je crois qu'ils avaient toujours été traités par leurs chefs comme des confrères, des collaborateurs et nullement des subordonnés. Ils pouvaient en apportant à leurs aînés un concours effectif, sans souci de la lettre du fameux règlement de 1857, un peu trop laconique à leur égard ; en témoignant pour les idées de leurs chefs le respect dû à l'expérience ; en se souvenant qu'en médecine mentale la pratique seule compte, les expressions nosologiques variant avec les époques ; ils pouvaient, dis-je, s'assurer dans les asiles une situation facile et agréable, parce qu'exempte du lourd souci des responsabilités. Peut-être, et il n'en faut accuser que leur jeunesse, n'ont-ils pas toujours bien compris la situation, et si certains d'entre eux ont pu éprouver quelque déconvenue, je crois qu'à la réflexion, et le temps aidant, ils reconnaîtront qu'ils ne peuvent vraiment s'en prendre qu'à eux-mêmes.

D'ailleurs, le ministère, plein de mansuétude et de bienveillance à l'égard des médecins-adjoints, leur avait déjà donné satisfaction par une circulaire récente, qui enjoignait de leur confier le service des chroniques. La circulaire n'avait oublié qu'une chose, de nous dire ce qu'il fallait entendre *administrativement* par chroniques. En réalité, cette circulaire devançait les temps, car une séparation des aigus et des chroniques, dans l'état actuel de nos asiles, est impossible.

Avec la nouvelle loi, les médecins-adjoints seront d'emblée médecins traitants et chargés d'un service distinct. Jusqu'ici, lorsqu'on réclamait, dans les Congrès, une réduction du stage des médecins-adjoints, véritablement en effet trop prolongé, l'Inspecteur général, représentant de l'Administration centrale, ne manquait jamais de faire observer qu'il y aurait un réel inconvénient à diminuer par trop la durée de ce stage : trois ans était un minimum jugé insuffisant. Aujourd'hui on a changé tout cela, et on n'exigera plus aucun stage : c'est le progrès !

La Chambre a pourtant reconnu que la médecine mentale exige des connaissances spéciales, longues à acquérir.

En vérité, ce ne sont pas tant des connaissances théoriques qu'il faut au psychiâtre, c'est l'expérience, qui ne s'acquiert qu'avec le temps et une fréquentation prolongée des malades. A côté du traitement proprement dit, malheureusement trop souvent illusoire, il y a l'*observation* de l'aliéné, lequel est suivi dans ses actes, ses propos, ses écrits, dans tous les menus faits de la vie ordinaire non seulement par le médecin, mais par tous les collaborateurs de celui-ci, internes en médecine, infirmiers, surveillants-chefs. Le médecin est renseigné par le rapport journalier des faits et gestes actuels de l'aliéné, et par sa famille il est mis au courant de ses antécédents héréditaires et de sa vie passée. Aussi peut-il trancher en connaissance de cause une foule de questions et rendre indirectement au malade une série de services dont celui-ci ne peut même se douter. En conseillant par exemple une séparation qui s'impose, un changement de résidence, l'abandon d'une profession, le médecin pourra arriver à faire sortir de l'asile un malade qui, incomplètement guéri, eût infailliblement rechuté sans ces précautions.

C'est parce que la pratique de la médecine mentale exige le contact continu du médecin et du malade que je m'élève contre la disposition de l'art. 6 qui autorise les médecins traitants à résider hors des asiles et à faire de la clientèle. Comment dès lors jugeront-ils de l'amélioration souvent très relative d'un malade, comment pourront-ils être en garde contre des apparences fallacieuses et apprécier à sa juste valeur telle ou telle réaction de l'aliéné dans une circonstance donnée ? L'avantage des asiles actuels est de permettre au médecin d'observer à la fois les curables et les chroniques, de les comparer entre eux, et au risque de sembler émettre une idée paradoxale, je prétends qu'il y a plus à apprendre au contact des chroniques que des curables. Les aigus, en effet, sont sous le coup d'accidents somatiques, d'états confusionnels qui masquent le délire futur qu'il présentera, si la guérison ne survient pas. Au contraire, chez le chronique, ces signes qui masquaient le délire ont disparu, et celui-ci s'organise, se systématise, apparaît dans toute sa pureté. C'est alors que le médecin est vraiment en présence d'un aliéné, d'un individu ayant perdu la raison.

M. Lefort a fait justement observer que le médecin traitant, faisant de la médecine générale, ne sera plus spécialiste. Ce n'est que trop certain, et l'on peut même dire que ce ne seront pas les médecins d'asile qui feront de la clientèle au dehors, ce seront les médecins du dehors qui feront passagèrement de la médecine mentale. Il suffira à d'anciens internes des hôpitaux d'étudier un peu plus les maladies du cerveau, de s'astreindre au besoin à un court internat dans un asile pour passer le concours de l'adjuvat, et on recherchera les asiles, au début de la carrière comme aujourd'hui l'on recherche les sociétés de secours mutuels ou les enfants assistés. Ce sera un appoint auquel renoncera vite le médecin si sa situation vient à s'améliorer. Et vraiment, avec des services de 200 à 250 malades, dont les 4/5 sont incurables, la visite dans l'asile ne lui prendra pas trop de son temps. Il aura du reste raison de ne pas s'attarder à son service psychiatrique, s'il veut pouvoir lutter à armes égales avec ses confrères de la ville. Une autre objection très grave est celle-ci : il y aura trop de disproportion, d'inégalité entre les divers postes. Le médecin traitant d'un asile situé dans une grande ville aura trop d'avantages sur celui qui sera appelé à exercer dans un établissement public placé dans quelque petite commune loin du chef-lieu.

D'ailleurs ce système de médecins traitants, libres d'exercer la médecine au dehors, a existé et existe sans doute encore dans divers quartiers d'hospices consacrés aux aliénés : on sait fort bien, au ministère, les résultats qu'il a donnés, et les maires, présidents des Commissions administratives de ces hospices, ont eux-mêmes dénoncé maintes fois la situation et réclamé un spécialiste.

Au surplus, personne d'entre nous ne demandait à exercer la médecine civile ; nous n'y sommes point préparés, et il serait injuste actuellement de réduire nos émoluments en argent ou en nature sous prétexte qu'il nous est loisible de faire de la clientèle. Nous n'ambitionnons que la faculté, que la loi devrait nous accorder en termes exprès, de donner des consultations sur les cas de notre ressort et de pratiquer les expertises judiciaires.

Il est une dernière disposition de l'article 6 que je ne puis laisser sous silence dans cet examen critique : c'est

le paragraphe qui organise en commission les médecins d'un asile, lorsqu'il y aura au moins 3 médecins traitants. Encore une Commission ! le besoin ne s'en fait guère sentir, car quel sera le rôle de celle-ci ? Il est dit qu'elle aura un *avis* consultatif sur toutes les questions d'ordre médical. *Questions d'ordre médical* est bien vague, et *avis consultatif* signifie qu'on pourra dans tous les cas négliger de le lui demander ou passer outre. D'ailleurs, même au sein de la Commission médicale, suppose-t-on que des divergences d'opinions ne se produiront pas ? Il a été dit, lors de la discussion de la loi à la Chambre, que, lorsque les médecins sont logés tous à l'asile, des difficultés surgissent souvent de cette trop constante promiscuité de diverses familles. C'est possible, en effet, mais alors pourquoi supposer que les médecins *seuls* s'entendront nécessairement ? Veut-on prétendre que les discussions sont provoquées par leurs dames ? Ce serait d'une galanterie douteuse. En réalité, il est, non pas à croire, mais, j'ose le dire, à souhaiter que l'entente entre médecins ne se fasse pas. Car j'estime que, si l'on désire que la médecine mentale réalise de plus rapides progrès, on doit laisser à chaque médecin la liberté de traiter ses malades comme bon lui semble : le temps jugera les diverses méthodes. Or si l'un des médecins de l'asile demande à la Commission de surveillance d'organiser l'alitement dans son service, les autres médecins, consultés en ce cas, je suppose, devront-ils se ranger aux idées de leur collègue ? Ou ils seront en désaccord d'opinions sur ce point purement technique, et le confrère devra-t-il renoncer à son projet ? ou bien,même étant d'avis opposé, ils émettront devant la Commission de surveillance un avis favorable, et celle-ci ne manquera pas de s'étonner s'ils jugent l'alitement si efficace, qu'ils ne l'organisent pas eux-mêmes dans leurs propres services.

A propos de l'article 7, nous devons protester vigoureusement contre l'idée d'un concours sur titres pour la nomination des médecins-traitants. De quels titres s'agira-t-il ? Pas de titres purement médicaux sans doute, car si l'on trouve que certains médecins peuvent faire de médiocres administrateurs, ce n'est pas lorsqu'il sera démontré que l'un d'eux a consacré sa vie à confectionner

des articles de revues ou des rapports de congrès qu'il devra être déclaré spécialement apte pour l'administration. D'ailleurs, cette disposition de la loi ne devrait pas avoir d'effet rétroactif, car lorsque les médecins actuellement en fonction ont été nommés, après le concours de l'adjuvat, il a été entendu, par décrets ministériels, qu'ils pourraient être nommés médecins en chef ou médecins-directeurs dans tous les asiles de France. M. Mirman a déclaré, au cours de la discussion, que le directeur serait le plus ancien des médecins traitants dans chaque asile : à la bonne heure, et ce titre n'est-il pas suffisant ?

Le même art. 7 spécifie que les nominations d'agents et infirmiers sont faites par le directeur : mais la Commission de surveillance doit-elle donner son avis ? Mes confrères savent que la question n'est pas oiseuse. Espérons que le règlement d'administration publique nous fixera nettement sur ce point.

Les articles 8 et 9 sont relatifs à la maintenue d'un aliéné dans un domicile privé. J'ai déjà dit dans quel sens ces articles gagneraient à être remaniés.

SECTION II. — *Surveillance des aliénés.*

L'article 10 (ancien article 11 du texte primitif) est relatif aux autorités ayant droit de visite dans les établissements d'aliénés. L'art. 11 réorganise le corps des inspecteurs généraux, qui seront nommés au concours. Ces articles, ainsi que l'art. 12, n'appellent aucun commentaire particulier, si ce n'est qu'ils multiplient beaucoup certaines formalités administratives dont nous espérions tous la simplification.

TITRE II. — *Des placements faits dans les établissements d'aliénés.*

Le titre II de la loi comprend 5 sections. La première a pour objet : Les placements faits sur la demande des particuliers. — La distinction entre placements volontaires et placements d'office est donc maintenue. J'avoue que j'aurais préféré, et je sais que plusieurs confrères partagent mon opinion, l'unification des placements : il paraît peu démocratique, en un temps où ce mot est si souvent employé, que les parents d'un aliéné riche puis-

établissement dans un autre. — L'art. 21 maintient les registres de la loi, qui font perdre un temps si précieux aux médecins, sans aucune utilité pour personne. Nous demandons la suppression du 3e paragraphe, astreignant le médecin à consigner les changements survenus dans l'état du malade. Une modification temporaire dans la situation mentale de l'aliéné n'intéresse que le médecin, et lorsqu'il y a guérison, le praticien réclame la sortie par un certificat spécial, sans que le malade ait à attendre qu'une autorité quelconque ait jeté les yeux précisément sur le folio 6 le concernant et où serait mentionnée sa guérison (art. 22).

L'article 23, relatif aux sorties des malades volontaires, reproduit les dispositions de la loi de 1838, mais sans plus de clarté. L'énumération des personnes ayant droit de faire sortir un malade volontaire a-t-elle une valeur hiérarchique en quelque sorte, c'est à dire l'avis du conjoint passe-t-il avant celui des parents, et ce dernier l'emporte-t-il, en cas de conflit, sur l'avis de la personne qui a demandé le placement ? On n'a jamais bien su ce que venait faire ici le conseil de famille ; pour ma part, je ne l'ai jamais vu consulter, et lorsqu'un malade est amélioré et que quelqu'un réclame sa sortie, s'il n'y a point de parent, on ne faisait nulle difficulté de lui confier le malade : le cas est très rare du reste, car il suppose le décès de la personne qui a sollicité l'admission.

Seulement, si tant de monde peut requérir la sortie même avant guérison, je me demande à quoi rime le jugement du tribunal. Celui-ci, après s'être longuement renseigné, ordonne le placement définitif, et le lendemain, un parent quelconque peut se présenter à l'asile et retirer le malade !

Je sais bien qu'un paragraphe de cet art. 23, calqué sur un semblable de la loi de 1838, donne au médecin traitant le pouvoir de s'opposer à la sortie et d'en référer au préfet et au procureur. Mais nos législateurs auraient tort de croire que nous faisons un usage courant de ce droit ; je connais des médecins qui ont parcouru toute leur carrière sans *jamais* y avoir recours. Pour mon compte, je l'ai invoqué bien rarement, deux ou trois fois peut-être, et toujours en me basant, non sur mon opinion

personnelle mais sur des faits, à savoir les actes commis par le malade soit au dehors, soit à l'Asile même.

L'art. 24 autorise le préfet à ordonner la sortie sur avis conforme du médecin traitant. Cette disposition a-t-elle trait aux malades simplement améliorés? Ce serait parfait mais il ne semble pas, d'après le texte, que le médecin ait l'initiative de la demande de sortie, ce qui est regrettable. De plus, il y a une étrange restriction : la personne qui a signé la demande d'admission peut faire opposition ! C'est, à mes yeux, une simple monstruosité : car si le tribunal donne raison à l'opposant, jamais le malade ne pourra sortir, et il sera complètement au pouvoir de la personne qui l'aura fait interner. Vous entendez bien que, mis en demeure, sous menace, de dire s'il garantit la guérison, le médecin s'y refusera absolument: on ne peut pas certifier de façon absolue la guérison d'un aliéné. Si l'on tient à éviter les séquestrations illégales, il est indispensable de supprimer ce paragraphe. L'article du reste devrait être modifié dans son entier. L'art. 25 est de pure forme.

SECTION II. — *Des placements ordonnés par l'autorité publique ou placements d'office.*

Les dispositions de la loi de 1838 en matière de placements d'office sont maintenues à peu près textuellement, et complétées sur certains points. C'est le Préfet, comme actuellement qui ordonne les placements d'office ; il devra exiger un certificat médical aussi circonstancié que le rapport pour placements volontaires, ce qui démontre bien que j'avais raison de dire que le mot certificat suffisait.

Un reproche que j'adresserai au nouveau texte, comme d'ailleurs à celui de la loi de 1838, est de ne pas préciser suffisamment quelles catégories d'aliénés devront être placés d'office : s'agit-il des aliénés réputés dangereux, ou bien de tout aliéné indigent, qu'il soit ou non jugé dangereux ? A la vérité, tout aliéné est ou peut devenir dangereux ; c'est pour cela que nous désirons l'internement de tout aliéné, quel qu'il soit ; mais jusqu'ici les maires ne demandaient, et les préfets n'accordaient bien souvent le placement d'office que si l'aliéné avait commis quelque acte nocif. Cette pratique est éminemment

fâcheuse, tant pour le malade que pour la société ; c'est la raison qui nous porte à demander un texte à la fois plus bref et plus expressif. — L'art.26 déclare que devra être placé d'office : « tout aliéné qui, laissé en liberté, compromettrait la sécurité, la décence ou la tranquillité publiques, sa propre sûreté ou sa guérison ». Je suis de ceux qui pensent qu'un aliéné en liberté compromet toujours sa guérison, lorsque celle-ci est encore possible. C'est pourquoi je demande que tout aliéné, indigent ou non, soit traité quelque temps à l'asile ou à la maison de santé, et qu'on laisse au médecin traitant le soin de désigner, s'il désespère ultérieurement de la guérison du malade, quel mode d'assistance pourra lui être appliqué (colonie familiale, traitement à domicile, etc.). Il y aurait évidemment plus d'admissions,mais aussi plus de sorties et plus de guérisons ; et peut-être le public, se rendant compte que l'asile n'est plus un lieu duquel on doit perdre toute espérance de sortir, dès qu'on en a franchi le seuil, modifierait-il bien vite son sentiment sur les établissements d'aliénés.

Les art. 27 et 28 ne soulèvent aucune critique. — Au sujet de l'article 29, relatif au séjour que doivent faire les aliénés dans les hôpitaux avant leur transfert à l'Asile, M. Cazeneuve, qui est médecin, a rappelé que parfois des malades atteints de *délires symptomatiques* avaient été indûment placés dans un asile d'aliénés. Cette question des délires symptomatiques avait déjà bien des fois été traitée dans nos Congrès, et l'on était généralement d'accord pour déplorer le fait. J'avoue ne pas voir le mal. Je suppose en effet que le médecin aliéniste, en même temps qu'il posait le diagnostic exact, a soigné le malade en conséquence, l'a guéri souvent : dès lors de quoi se plaindrait ce dernier ? n'a-t-il pas été mis dans « l'hôpital des maladies nerveuses », n'a-t-il pas reçu le traitement qui convenait à son état ? A moins que l'on ne veuille admettre qu'il y a je ne sais quoi d'infamant à avoir séjourné dans un asile d'aliénés !

L'art. 30 et l'art. 31 maintiennent, le premier, les certificats immédiats et de quinzaine pour les placements d'office, le second les rapports semestriels déjà existants, pure paperasserie dont nous espérions tous la suppression.

. . . .

L'art. 23, autorisant la transformation en certains cas du placement volontaire en placement d'office, me semble faire double emploi avec les derniers paragraphes de l'art. 22.

Enfin les art. 33 et 34, qui terminent la section, sont de pure forme *(A suivre.)*

CLINIQUE MENTALE

Les fugues dans les psychoses et les démences ;

Par le Dr Maurice DUCOSTÉ

Suite (1).

Les fugues de la folie intermittente (folie circulaire, folie maniaque-dépressive, etc.) n'existent, à ma connaissance, que dans les phases maniaques de la psychose. L'observation II se rapporte à un cas de folie maniaque non délirante. La fugue a les caractères suivants : consciente et voulue par le malade (bien que sans motif), elle reste parfaitement amnésique et bien coordonnée : elle s'accompagne d'agitation psychomotrice, de tendances et d'excès érotiques et alcooliques ; la brusque cessation de la fugue et le retour du malade à son domicile montrent bien l'influence de ces rémissions soudaines, parfois très courtes, fréquentes au cours des accès maniaques. Ces caractères, joints à l'ensemble symptomatique habituel de la manie, permettent facilement de rapporter ces fugues à leur véritable cause.

Comme le malade de l'observation II dans ses premières années, il y a, semble-t-il, beaucoup d'intermittents qui vivent en dehors des asiles parce que leurs réactions ne les mettent pas en conflit violent avec la société, mais à qui leur psychose, encore fruste, fait commettre une foule d'actes considérés généralement comme dus à la « déséquilibration, l'originalité, la dégénérescence ». Ces malades pour lesquels l'internement ne s'impose guère que vers la période d'involution pré-sénile, pré-

(1) Voir *Archives de Neurologie*, n° 1, janvier 1907, page 38.

sentent des accès légers de manie dans lesquels ils commettent volontiers des fugues plus ou moins caractérisées. Un de nos amis qui est certainement un de ces circulaires frustes, a fait pendant cinq années consécutives, toujours au printemps, et pour des motifs dont l'insignifiance était patente, des fugues rappelant celles du malade précédent. Voici une autre observation de fugues chez un maniaque non délirant :

OBSERVATION III. — X., ingénieur civil, actuellement âgé de 53 ans, entre une première fois à la maison de santé de Ville-Evrard, au mois de septembre 1905, y demeure deux mois, y est interné pour la seconde fois au mois d'août 1906. Diagnostics antérieurs : « Excitation maniaque, manie aiguë ». Père et mère morts de vieillesse, sans troubles mentaux ; un frère et une sœur sont morts poitrinaires ; sept autres frères et sœurs sont morts de maladies indéterminées.

Marié, le malade a eu deux enfants : un fils et une fille bien portants. Il a eu quelques crises de colique hépatique ; a été condamné, dans sa jeunesse, comme tuberculeux. Son intelligence est au-dessus de la moyenne.

Il a passé toute sa vie par des périodes d'affaissement parfois très marquées et poussées jusqu'à l'inertie à peu près complète ; et des périodes d'excitation plus ou moins violente. Il a été interné une première fois, pour accès maniaque, de mai à juin 1892 : il avait alors 39 ans.

De 1892 à 1903, il a pu rester en liberté, mais a été, ces trois dernières années, interné six fois. Il s'est évadé, à deux reprises, de maisons de santé particulières. Il a généralement deux accès maniaques-dépressifs par an. L'accès maniaque dure six semaines environ ; l'accès mélancolique huit semaines ; il demeure ensuite normal pendant plusieurs mois. A chaque accès maniaque « il vivrait de champagne » (il est sobre à son ordinaire), commet des excès sexuels, jette son argent par les fenêtres, et s'échappe de chez lui pour venir à Paris mener une vie désordonnée.

Dans sa dernière fugue (juin 1906), il a fui brusquement le domicile conjugal, et est venu à Paris où il a dépensé son argent dans les cafés et s'est fait arrêter un matin à 4 heures pour scandale sur les boulevards. Il donne de ces fugues des explications spécieuses. « N'est-il pas libre ? N'est-on pas en République ? » etc.), mais son accès terminé, il regrette sa conduite et l'attribue franchement à son dérangement cérébral.

Les OBSERVATIONS II et III se rapportent à des maniaques non délirants ; les observations IV et V à deux cas de manie délirante.

Observation IV.— X. représentant de commerce, actuellement âgé de 40 ans (1903). Mère, 70 ans, bien portante. A eu des crises de nerfs alors qu'elle était enceinte de notre malade (éclampsie ?) Père. sans tare nerveuse ou mentale, mort à 51 ans de pneumonie. — Un frère alcoolique (?) ou tout au moins « ne supportant pas la boisson », marié : un enfant de 3 ans, atteint de tumeur blanche du genou. — Une sœur bien portante, mariée : trois enfants, bien portants : l'un d'eux a eu, à 6 ans, une méningite (?) qui a guéri.

X. s'est marié à 32 ans, en 1895. Il n'a pas eu d'enfants. Sa femme a fait une fausse couche à six semaines. En 1894 « accès de fièvre chaude à la suite de déceptions » ; le malade s'est jeté par la fenêtre. Pas d'autres renseignements. Depuis cette époque, il a régulièrement deux accès maniaques chaque année. Chaque accès dure un mois à six semaines et est suivi d'un accès de dépression mélancolique d'une durée un peu moindre. A chaque accès maniaque le malade fait des fugues.

De 1896 à 1903, il a été interné cinq fois à l'occasion de fugues particulièrement extravagantes, mais il en à fait un nombre beaucoup plus considérable. En 1895, huit jours après son mariage, il a eu un accès de délire. avec agitation, qui a duré peu de temps et à la suite duquel il est resté un mois très affaissé.

L'année suivante, il est interné pour la première fois (asile du Mans), à la suite d'une fugue d'Angers à Paris. Il était très exalté depuis quelques jours, disait qu'on lui faisait des avanies dans son administration. Il partit brusquement ; adressa de Paris une dépêche à sa femme : « Vais voir le ministre ». Quelques jours après on le trouva errant dans les environs du Mans avec une blessure grave à la tête. Il avait complètement perdu le souvenir des jours précédents (amnésie traumatique) ; à l'asile, où il resta six semaines, la mémoire lui revint peu à peu.

Les autres fugues sont calquées sur la précédente : il a des cauchemars, puis s'agite, ne dort plus, cherche querelle à sa femme, a du délire de paroles et d'actes, de l'excitation génitale, arrête les femmes dans la rue, ameute les passants en criant : « qu'il a couché avec elles et passé une bonne nuit », etc., puis part brusquement plus ou moins loin ; parfois il déménage simplement d'un quartier à un autre. Il est ramené chez lui, les vêtements en désordre, les souliers usés, sans chapeau, conscient du chemin qu'il a parcouru, indiquant le but qu'il s'était fixé : voir un de ses parents, aller déjeuner dans un restaurant de banlieue. etc. La crise passée, il recouvre le sommeil, dort même chaque nuit longtemps et profondément, est apathique, déprimé, triste.

Pendant ses crises d'excitation, il a de la diarrhée, des sueurs froides aux deux mains « les jambes glacées jusqu'aux genoux »

la tête congestionnée, les yeux brillants ; il mange très peu et maigrit beaucoup.

Observation V. — X., ingénieur, actuellement âgé de 33 ans. — Grand'père mort dans un asile d'aliénés à l'âge de 80 ans. — Une sœur mélancolique.

Le malade a eu de 16 mois à 7 ans, quatre ou cinq crises convulsives qui débutaient par des vomissements et qui s'accompagnaient de cri, écume à la bouche et miction. Depuis, cinq ou six fois, des vertiges de quelques secondes, de 18 à 20 ans notamment. Il se souvient qu'étant à Lourdes. il a eu pendant quelques minutes « une espèce de nirvanah » marchant automatiquement, mais sans aucune pensée. Il présente de nombreux « stigmates de dégénérescence ».

Il est entré à 18 ans à l'Ecole Polytechnique, en est sorti deux ans après très fatigué, « très neurasthénique ». Il devint rapidement sombre, déprimé, sans pouvoir donner de raisons de ce changement d'humeur. Après un an passé à l'école de Fontainebleau, il donne sa démission pour se livrer à l'industrie, fait des voyages d'études à l'étranger ; pris du désir d'entrer dans les ordres, il est admis en 1898 au Grand-Séminaire, mais en sort au bout de quatre mois pour raisons de santé : est chargé d'une mission industrielle aux Antilles, la remplit exactement, mais revient en France plus malade ; est très déprimé, mélancolique, inactif, se plaint d'une fatigue perpétuelle : entre temps fait des excentricités multiples, reste un an sans sortir de chez lui.

Placé en novembre 1900 dans une maison de santé dont le médecin traitant porte le diagnostic de « neurasthénie psychique ». — Périodes de stupeur. — Sorti cinq mois après son entrée, il reste à Paris dans une maison de famille pendant six mois environ ; il y commet une foule de désordres, vagabonde la nuit au hasard, est tantôt taquin, querelleur, agité, tantôt déprimé, triste. Il a des pertes séminales. Traitement « reconstituant ».

Finalement est placé à la maison de Ville-Evrard, en juillet 1901. Etat maniaque. Violences. Délire incohérent. Il se calme rapidement, a nettement conscience de son état mental, présente à nouveau un accès maniaque, se dit anarchiste, accuse le cuisinier de mettre du poison dans les aliments, a quelques idées de persécution. Sort onze mois après son entrée, un peu énervé. Voyage et reste à la campagne pendant six mois. Revenu chez lui, il se livre à des violences et menaces diverses, est interné dans un asile de province dont il s'évade au bout de deux mois, reste quelque temps chez lui, où on peut le garder « en usant de beaucoup de patience. »

En mars 1905, il part brusquement de chez lui, parcourt à pied

une cinquantaine de kilomètres, arrive chez un de ses parents, les vêtements déchirés et boueux, après avoir laissé à l'orée d'un bois sa montre, ses clefs, son épingle de cravate et même son dentier. Il repart quatre jours après, et retourne, toujours à pied, chez ses parents, où il arrive nu ; dans son voyage, en effet, il s'est disputé avec la femme d'un éclusier, s'est jeté à l'eau et a laissé ses vêtements sur la rive « les trouvant trop lourds », dit-il. A la suite de cette fugue, il est interné pour la seconde fois à Ville-Evrard (mars 1905). Il est, dès son entrée, déprimé, avec quelques raptus, état qui persiste jusqu'en juillet 1906, où le malade entre dans une phase d'agitation maniaque.

Voici l'observation d'un débile circulaire qui a fait de nombreuses fugues dans ses périodes de manie.

Observation VI. — X., 17 ans, entre à la maison de santé de Ville-Evrard, le 4 juillet 1906, avec le diagnostic de « dégénérescense mentale », etc. La mère a eu une méningite avant la naissance du malade. L'arrière grand-père maternel a été atteint d'épilepsie tardive. Un oncle maternel a été épileptique jusqu'à l'âge de 24 ans ; est actuellement guéri. Une tante et un arrière grand-père sont morts de méningite. Un frère est interné à Ville-Evrard (notre observation VII). Le grand-père est un savant distingué, le père occupe une haute situation dans l'armée. La famille est riche en intellectuels névropathes.

Le malade est un type de circulaire : il a des périodes de dépression d'une dizaine de jours environ, où il reste dans le mutisme et la stupeur, devient gâteux. Les périodes d'excitation suivent sans transition, durent de 2 à 4 mois : état maniaque avec langage caractéristique, actes délictueux de toutes sortes, fugues, insomnie, tendances à déchirer et à briser tout ce qui lui tombe sous la main, violences : quelques jours avant son entrée à Ville-Evrard, a assommé à demi son concierge « dont la tête ne lui revenait pas. » Dans les intervalles où il est « normal », sa débilité mentale est évidente. Il est très en retard pour ses études qu'on a dû lui faire cesser d'ailleurs ; n'a aucune connaissance exacte sur quoi que ce soit. A la Maison de santé de Ville-Evrard, nous avons pu examiner le malade dans ses trois phases : maniaque, mélancolique et normale.

Fugues : 1° Il y a un an environ, il sort de chez lui le matin vers 8 heures, se promène dans Paris pendant quelques heures, arrive à la gare de l'Est, va au bureau des renseignements, se fait indiquer le train pour Metz, monte dans un wagon, sans billet et sans argent, arrive à Metz d'où il est rapatrié par les soins de sa famille.

2° Quelque temps après, il part de Paris à 2 heures de l'après-

midi, se rend à la gare Saint-Lazare, pénètre sur le quai du départ, attend que le contrôle des billets du train pour le Hâvre soit terminé, monte dans un compartiment, toujours sans billet et sans argent, arrive au Havre où il va loger chez une cousine.

3° Celle-ci lui donne un billet pour Paris et met le malade dans un wagon, en le recommandant au chef de train. Arrivé à Rouen, il s'échappe, jette son billet, prend le train pour Dieppe, y arrive la nuit, monte sur un bateau en partance pour Newhawen où son état d'excitation le fait remarquer et remettre à terre. Les parents viennent le chercher à Dieppe.

4° Un autre jour, il se rend de Paris à Versailles, à pied, en longeant la voie du chemin de fer, monte dans un train partant pour Brest, y parvient, est arrêté pour avoir voyagé sans billet et ramené à sa famille.

Lorsqu'on demande au malade le motif qui a pu le pousser à faire ces fugues, ses explications sont différentes selon qu'il est dans son état normal de débilité intellectuelle ou dans la phase maniaque de sa psychose. (Dans sa phase mélancolique, il n'est pas possible d'obtenir de réponses). Normal, il avoue que ses fugues n'avaient pas de motif. « Pourquoi il est parti, il n'en sait trop rien lui-même », et il est curieux de voir qu'ici le malade répond non comme les débiles, qui tentent, avec leurs faibles moyens d'invention, de légitimer leurs fugues, mais comme les circulaires revenus au calme. Dans ses phases maniaques il donne de ses fugues des explications d'ailleurs inacceptables. Il a été à Metz « pour voir la fameuse porte de la ville, une porte de marbre recouverte de terre » ; au Havre « pour voir la jetée et la mer » ; à Brest « pour coucher avec les matelots », etc..

En somme, ces fugues sont bien calculées, conscientes, et ont un but. Le souvenir en est conservé intact et le malade les raconte dans leurs moindres détails.

Les deux observations suivantes sont des exemples de fugues accomplies par des malades atteints de *debilité mentale*. Le premier est le frère aîné du circulaire précédent.

Observation VII. — X., 19 ans, entre à la maison de santé de Ville-Evrard, au mois de janvier 1905, avec le diagnostic de « dégénérescence mentale ». C'est un débile congénital ; il a des notions très obscures sur les éléments des sciences qu'on a essayé de lui inculquer. Il a été en retard pour parler et marcher. Dès son enfance, il a montré une religiosité exagérée, voulait se faire prêtre, et passait ses journées dans les églises, se sauvait de chez lui pour aller jouer de l'orgue et sonner les cloches. Querelleur,

taquin, violent, grossier en paroles et en actes. Masturbateur invétéré.

Fugues : 1° Il part à pied, un soir de juillet 1901, où il avait fait quelques excès sexuels, et arrive vers minuit en suivant la voie du chemin de fer à une ville située à 15 kilomètres de chez lui. Il couche près de la gare ; au petit jour, il monte sans billet dans un train et voyage ainsi pendant 4 heures ; il tente de changer de train, mais est arrêté parqu'il n'a pas de billet, conduit à la gendarmerie où sa famille envoie le prendre. Il explique sa fugue par des excès de boisson.

2° Un an après, il repart à pied, fait 20 kilomètres dans la nuit. en suivant la voie du chemin de fer ; est arrêté au moment où il va prendre le train à une gare. Il explique cette fugue par la colère où l'avait mis une dispute avec un de ses camarades.

3° Il part peu de temps après toujours à pied, passe la nuit à errer dans une forêt. Revient spontanément chez lui. « Il avait voulu faire une promenade. »

4° Au mois de janvier 1905, quelques jours avant son internement, il se dispute avec un passant, lui crache au visage, se sauve, saute dans un train de ceinture, arrive à la gare du Nord, monte dans un train en partance pour Montdidier, est arrêté sans billet, dans cette gare, et revient à Paris avec l'argent envoyé par sa famille. Il a fait ce voyage « pour échapper au passant qu'il avait injurié. »

Il a fait bien d'autres fugues, la plupart du temps en chemin de fer : il s'introduisait avec adresse dans la gare, se cachait dans la cabine du serre-frein, et lorsque le train était en route, descendait dans un wagon. Il donne de toutes ces fugues des explications puériles semblables aux précédentes.

Observation VIII. X., employé de commerce, âgé de 30 ans entre à la Maison de santé de Ville-Evrard en septembre 1905 avec le diagnostic de «Confusion mentale, idées hypocondriaques, hallucinations auditives, tendances au suicide. » Une tante est morte aliénée. Un cousin germain est interné à Sainte-Anne. Le malade a toujours eu une intelligence très bornée : il n'a pu faire ses études ni rester chez aucun de ses patrons. Il a contracté une double otite sèche au régiment et il a l'ouïe très dure depuis cette époque. En octobre 1904, il s'est plaint de l'estomac, a refusé de manger sous prétexte que son père, alors gravement malade, ne mangeait pas. Il a eu quelques idées de persécution contre ses amis et ses clients. Il a fait une tentative de suicide par défénestration et a été interné dans une maison de santé particulière où il est resté un mois.

A sa sortie, il refuse encore de manger, dit qu'on le dévisage dans la rue, qu'on se moque de lui ; il voit le diable qui lui prédit une mort prochaine. Interné à nouveau pendant deux mois.

Rentré chez lui, il reste inactif, se plaint de bruits de sifflement dans les oreilles, accuse le médecin traitant de la maison de santé dont il sort d'être la cause de ces bruits. — Mutisme pendant plusieurs mois. Il se met bientôt à vagabonder la nuit, ne rentrant qu'à 7 heures du matin. Il donne pour raison de ces promenades nocturnes que ses bourdonnements d'oreilles l'empêchent de dormir et le contraignent à se lever. Enfin, il disparait et reste absent quatre jours. On ne sait ce qu'il est devenu lorsqu'on reçoit une carte-postale avertissant qu'il est au poste de police à Rouen. En effet, on l'y retrouve. Il est parti sans argent dans un train à destination de Rouen : il n'avait pas de billet ; à la gare il voulait reprendre le train pour Paris : on l'amena au poste où il resta quatre jours sans parler ni manger, ne voulant pas écrire à sa mère, sous prétexte qu'elle n'ajouterait pas foi à sa fugue. De retour chez les siens, il explique sa fugue « par bêtise, par toquade, Je voulais voir du pays, prendre l'air. »

Quatre ou cinq jours après, il veut repartir, brutalise sa mère qui tente de le retenir, fait du scandale dans la maison, sort finalement et ne rentre qu'à cinq heures du matin. Il est alors interné à la maison de santé de Ville-Evrard.

C'est un débile congénital avec un stock d'idées et de connaissances très restreint. Il bégaye, sourit niaisement à toutes les questions qu'on lui pose, il interprète ses sifflements d'oreilles et en donne des raisons variables : « C'est Dieu, c'est Femina ; c'est du Robert Houdin, de la fantasmagorie » De temps en temps il a des impulsions subites qu'il excuse par l'agacement que lui produisent ses sifflements d'oreilles : il casse alors des carreaux de vitre à coups de poings ou de tête. Sorti de la maison de santé au mois d'avril 1906, il ne tarda pas à se faire réinterner à l'asile de Ville-Evrard à la suite d'une autre fugue et excentricités niaises de divers ordres.

On voit les caractères de ces fugues des débiles : ils partent subitement, se donnent un but, savent où ils veulent aller, ont un souvenir net de tous les détails de leur voyage. Ils récidivent fréquemment. Le dernier malade est certainement un débile, mais il est peut-être aussi un dément précoce ; la démence précoce peut frapper les malades d'un faible niveau intellectuel. D'ailleurs les fugues des débiles et certaines fugues des déments précoces sont très semblables. Les fugues de notre malade VIII seraient des « fugues d'impulsion » si le diagnostic de démence précoce se confirmait. Je renvoie à mon premier mémoire pour l'exposition des caractères de ces fu-

gues. — *La folie morale* donne fréquemment lieu à des fugues.

Observation IX. — X. 28 ans, entre à la maison de santé de Ville-Evrard au mois de mars 1905 avec le diagnostic de « troubles nerveux caractérisés par des impulsions, par des actes répréhensibles et délictueux », etc. Deux grands-pères alcooliques ; deux nièces aliénées : un frère bègue.

Le malade n'a jamais pu faire ses études, non qu'il fut d'une intelligence trop inférieure, mais par absence d'application, et incapacité de se plier à une règle. A 11 ans, il eut une fièvre typhoïde grave avec délire pendant dix jours et dix nuits. Après sa guérison, il fut mis successivement dans divers collèges desquels il s'échappa et d'où sa mauvaise conduite le fit renvoyer. Envoyé en Tunisie chez des parents, grands agriculteurs, il mène une vie déréglée, fait des dettes, disparaît pendant un mois, retourne en France où on le place dans une maison de correction d'où il s'évade au bout de quelques semaines, non sans s'être approprié frauduleusement des sommes importantes.

Rappelé près des siens, dans l'Est de la France, il s'arrête à mi-chemin, se fait héberger par une dame amie de sa famille, lui vole ses bijoux et file sur Paris. Engagé aux dragons, il déserte au bout d'un mois. On le retrouve à Bruxelles ; il est placé en observation au Val-de-Grâce et réformé pour « inconscience et manie ambulatoire ». Il se rend alors en Angleterre où il reste six mois, pendant lesquels il aurait eu plusieurs crises hystériformes.

Deux ans après sa réforme, il s'engage aux Spahis, déserte six mois après, est encore retrouvé à Bruxelles, et réformé une seconde fois. Il vient alors à Paris, commet des vols et autres actes délictueux, part subitement pour Bruxelles, puis pour Londres et l'Ecosse. Il se marie avec une Anglaise à laquelle il fait croire qu'il a une grosse fortune, a trois enfants (bien portants). Quitte cinq ou six fois sa femme pour faire des fugues à l'étranger avec des femmes de rencontre. Il est extrêmement menteur « ne peut pas dire la vérité » invente de toutes pièces des histoires compliquées romanesques, qu'il affirme être vraies.

Grande faiblesse de la mémoire : il est forcé de tout écrire : il localise très mal dans le passé les faits de son existence. Il boit de l'absinthe, ne s'enivre pas facilement. Il passe par des phases de dépression et d'excitation, mais fait des fugues indirectement dans l'une et l'autre. Il n'est d'ailleurs ni méchant, ni malfaisant ce qui ne l'empêche pas d'avoir ruiné toute sa famille qui occupant des situations en vue, a toujours désintéressé les dupes de ce malade. Interrogé sur les vols, les fugues, etc.., qu'il a commis il avoue tout sans réticences ni atténuations. Il est poussé, dit-il, par une force invincible, est angoissé tant qu'il n'a pas exécuté

l'acte dont il a l'idée. Il cède tout de suite, sans réfléchir aux conséquences, sans lutte aucune. Il se sent alors soulagé et tranquille ; ce n'est qu'ensuite qu'il se rend compte de la gravité de ses actes : il n'en éprouve aucun remords ; il reste indifférent. Les fugues sont accomplies en pleine conscience.

La multiplicité des fugues, qui ne s'accompagnent d'aucun caractère morbide particulier et font partie en quelque sorte de la mentalité même du sujet, l'absence de volonté et de moralité du malade donnent à ces actes un cachet suffisamment spécial pour qu'on n'ait pas à y insister davantage.

Les fugues démentielles sont à étudier chez les paralytiques généraux, les séniles, les organiques, et les déments précoces sur lesquels je n'ai plus à revenir.

Lorsque *les paralytiques généraux* font des fugues à la période d'état de leur maladie, ces fugues frappées au coin démentiel, avec cette absurdité dans les détails qui semble l'apanage des paralytiques appellent en quelque sorte le diagnostic. Il n'en est plus de même au début de la maladie, à la période, justement dénommée « médico-légale » alors que la démence est légère et que les malades semblent même parfois d'une intelligence très éveillée. Cependant il est des cas où la véritable cause de la fugue ne saurait passer inaperçue. Un de nos malades, entré tout récemment à la Maison de santé de Ville-Evrard a fait, au début de sa maladie, une fugue et une tentative de suicide pathognomoniques ; un soir, alors qu'il était encore soigné chez lui pour « neurasthénie rhumatismale » il échappa à ses gardes et ne reparut que le lendemain matin. Il raconta qu'il était descendu vers la rivière avec l'intention de s'aller noyer ; mais s'étant aperçu qu'il pleuvait et que ses vêtements étaient traversés par la pluie il pensa que l'eau serait bien froide pour le rhumatisant qu'il était. Il remit donc son suicide à plus tard, se coucha sur la berge et s'endormit jusqu'au matin. Voici un exemple de fugue chez un paralytique général confirmé.

Observation X. — X., commerçant, atteint de paralysie générale au cours d'un tabès datant de dix ans. — Syphilis à 18 ans, régulièrement soignée. Sa femme est ataxique. La paralysie générale du malade est certaine et tout à fait classique : démence, signes

physiques, délire de grandeurs.— Je n'y insiste pas davantage. Il entre à la Maison de santé de Ville-Evrard au mois d'octobre 1905.

Les jours précédents, il a fait deux fugues. Dans la première, il est parti le matin de chez lui, a acheté un appareil photographique coûteux, a pris des vues nombreuses ; a déjeuné à 4 heures. Il ne rentre chez lui que le lendemain matin à 7 heures, ayant perdu son chapeau, son pardessus, son parapluie et son appareil photographique. Il était trempé jusqu'aux os, couvert de boue, se rappelait vaguement avoir couché dans un champ, il ne savait où. Il avait sous le bras un disque de chemin de fer dont l'origine lui était inconnue. Interrogé sur la perte de son pardessus, il affirma l'avoir laissé chez le photographe : mais il n'en était rien. On appela deux médecins en consultation : ils arrivèrent chez lui le lendemain vers 10 heures 1/2, heure convenue, mais le malade était déjà parti, bien qu'on eut tout fait pour le retenir.

Par hasard, on le retrouva, le lendemain, vagabondant avec insouciance dans les environs de Paris. Il s'était fait transporter au hasard. en voiture : il expliqua qu'il cherchait son appareil perdu. Il n'avait pas voulu payer le cocher, qui le conduisit alors à la gendarmerie. Là, il avait voulu consulter la carte d'état-major « pour retrouver son chemin », s'était battu avec le cocher ; finalement, il fut reconduit chez lui, et interné le lendemain.

A son entrée à la Maison de santé, il est très agité, incohérent, se déshabille, crie, se roule à terre. Idées de grandeur énormes. Il ne peut rien dire de ses fugues dont il a perdu la mémoire, et répond au hasard. Quelques mois après, en rémission, il paraît avoir un vague souvenir de ces fugues, mais ne les explique pas, ou en donne des raisons variables d'un jour à l'autre et impossibles à admettre.

Les fugues des paralytiques généraux sont toujours semblables à celles-là. Elles sont, comme les autres actes de ces malades, accomplies sans but, sans motif, ou sous la poussée de motifs absurdes : N. parcourt les environs de Paris en voiture pour découvrir un appareil photographique perdu la veille il ne sait où. La conscience des malades pendant leurs fugues est, sinon absente, du moins très affaiblie ; la mémoire des lieux traversés et des incidents du voyage est généralement absente ou très confuse.

Le plus souvent, dans leurs fugues, les paralytiques généraux marchent beaucoup : la plupart du temps ils ne mangent ni ne boivent, ne s'arrêtent pas. Une paralytique générale, entrée à l'asile de Vaucluse au mois de

mai 1904 et dont Mlle la doctoresse C. Pascal m'a obligeamment communiqué l'observation, partit de Paris, fut retrouvée quatre jours après à Pontoise et marcha tellement pendant ces quatre jours qu'elle arriva à l'asile avec des excoriations de la plante des pieds suffisamment profondes pour qu'on pensât les premiers jours à des maux perforants. Aucun détail ne put être obtenu de cette démente paralytique sur sa fugue toute récente.

Les fugues des *Déments séniles* sont très fréquentes, sans but et sans motif. Les malades se perdent, inconscients, dans les rues de leur quartier, ne se souviennent plus de leur adresse, errent au hasard toute la nuit ; ramenés chez eux, ils ne savent dire où ils ont été. Certains déments séniles sont tracassiers, turbulents, ne peuvent tenir en place. Dès que la surveillance se relâche, ils prennent la clef des champs et ne savent plus revenir. Ces faits sont très communs ils ne constituent pas d'ailleurs des fugues au sens propre du mot. Il est inutile d'y insister.

Je n'ai pas observé de fugues de *déments* par lésions circonscrites.

On a vu, par ce rapide exposé, les caractères qui distinguent les fugues des psychoses des fugues démentielles. Si elles ne sont motivées ni les unes ni les autres, les premières du moins ont un but, tandis que les secondes n'en ont point. Cette particularité, pour difficile qu'elle soit à mettre parfois en évidence, n'en a pas moins une certaine importance théorique.

D'une façon générale, les fugues seront rattachées à l'affection mentale qui en est la cause, moins par leurs caractères propres que par la constatation des signes concomitants de cette affection mentale. En ce sens, elles pourront souvent, par la perturbation qu'elles provoquent dans les rapports sociaux des sujets, pousser à l'examen sérieux d'un malade jusque là considéré comme normal.

Je ne doute pas cependant que l'attention une fois attirée sur ces intéressantes impulsions, des observations nombreuses ne permettent d'en dégager les traits caractéristiques. Je résumerai ici, en quelques lignes, à titre de simple essai, la symptomatologie des diverses fugues,

telle que l'étude de nos malades nous la fait paraître, abstraction faite des caractères concomitants des diverses psychoses dont elles sont des manifestations.

I *Alcoolisme*. Deux espèces de fugues : 1° « Fugues d'instabilité ». Ivresse légère. Fugues conscientes, mnésiques, répétées ; le sujet présente une véritable crise de mouvement inquiet. Diagnostic différentiel *a*) fugues d'instabilité des déments précoces, *b*) crises de marche des psychasthéniques, *c*) fugues des accès maniaques frustes des circulaires.

2° Fugues de l'état second alcoolique. — L'état de la conscience n'est pas connu, mais bien que l'amnésie soit complète, on ne peut, vu la longue durée de ces fugues et l'absence de délits commis par les malades, affirmer qu'ils soient inconscients. Très grande similitude avec les fugues comitiales.

II. *Folie intermittente* (maniaque — dépressive, circulaire, psychique). Fugues de l'état maniaque ; conscientes, mnésiques, bien conduites, parfois brusquement interrompues par suite de rémissions soudaines ; et reconnues non motivées par le malade lui-même dès que l'accès est terminé.

III. *Folie morale*. Fugues fréquemment répétées, conscientes, et dont le souvenir est généralement intact. Très bien conduites. Peuvent parfois sembler motivées par le désir prêté au malade de fuir les conséquences d'actes délictueux.

IV. *Débilité mentale*. La conscience et la mémoire des fugues sont intactes ou plus ou moins troubles comme les autres actes des débiles. Les fugues sont parfois bien conduites, d'autres fois elles portent le cachet de la débilité originaire.

V. *Paralysie générale*. Deux espèces de fugues : 1° fugues du début de la paralysie générale (période médico-légale). La conscience et la mémoire sont à peu près nettes ; en elle-même, la fugue ne paraît pas toujours l'acte d'un affaibli : cependant, parfois, même à ce début de la maladie, elle est évidemment absurde et déjà démentielle, sans but ; 2° Fugues de la démence confir-

mée : Conscience et mémoire nulles ou vagues ; la fugue n'a ni but ni motif : souvent la malade marche jusqu'à cessation des forces, sans dormir ni manger.

VI. *Démence sénile.* Conscience et mémoire nulles ; les fugues sont faites au hasard, le malade « se perd » à chaque instant.

Je joins à ces conclusions les caractères des fugues dans la démence précoce.

VII. *Démence précoce.* Quatre espèces de fugues : 1° *fugues d'instabilité*, courtes, agitées, récidivantes, semblables à celles des alcooliques ; 2° *fugues d'impulsion* ; conscience et mémoire obscurcies. La fugue débute brusquement ; elle est généralement violente, accompagnée de désordre dans les actes et les paroles ; le plus souvent de courte durée ; l'impulsion tombée, le malade cherche à s'orienter, se réfugie chez des personnes connues ou retourne à son domicile ; 3° *fugues de déficit intellectuel* : elles ont un but, sont assez bien conduites, conscientes ; le souvenir est parfois à peine atténué ; 4° *fugues de démence profonde*, sans but, inconscientes, amnésiques en totalité, ou presque.

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE

X. — **A propos de récents travaux sur l'auscultation du muscle dans les paralysies, la contracture et la réaction de dégénérescence. Quelques considérations sur la théorie motrice du sarcoplasme** ; par Mlle Ioteyko. (*Journ. de Neurologie*, 1906, n° 14.)

L'auteur attire l'attention, dans cette note, sur un récent travail de Link qui en auscultant le muscle dans diverses affections du système musculaire et nerveux a obtenu des résultats confirmatifs des siens en ce qui concerne notamment l'explication de la contracture et du mécanisme physiologique de la dégénérescence. — On a affaire suivant les cas soit à la contraction anisotrope qui est discontinue et produit le son musculaire, soit à la contraction sarcoplasmatique qui est continue et silencieuse. Aux signes déjà connus de la réaction de dégénérescence on peut ajou-

ter maintenant celui de l'absence de bruit musculaire lors de la contraction galvanique du muscle degénéré.

Link ayant en outre, émis l'hypothèse que des centres nerveux différents doivent présider à la contraction de la substance anisotrope et du sarcoplasme. Mlle Yoteyko n'hésite pas à considérer la première comme obéissant à l'influence des centres moteurs corticaux et la seconde à l'action des centres moteurs inférieurs ou médullaires. G. D.

XI. — **Quelques considérations sur l'écriture en miroir. Les troubles de l'orientation et son éducation** ; par le Dr Boulenger. (*Journ. de Neurologie*, 1906, nos 13 et 14.)

De cette étude basée à la fois sur la bibliographie de la question et sur les observations d'un certain nombre d'enfants dont il relate l'histoire, l'auteur conclut qu'il existe un trouble primitif de l'orientation chez toutes les personnes qui écrivent « en miroir « involontairement et habituellement. L'écriture « en miroir » accidentelle ne se produit qu'à la suite d'une désorientation également accidentelle du sujet. D'autre part, chez tous les vrais spéculaires il existe de l'instabilité mentale, des tics variés et d'autres signes de dégénérescence physique ou intellectuelle (imbécillité, hystérie, etc.) Chez les hémiplégiques il semble comme l'avait déjà soutenu Abt que l'écriture « en miroir « ne se rencontre pas plus souvent que chez les individus normaux. Enfin l'écriture spéculaire n'est pas, comme on l'a dit, l'écriture naturelle des gauchers placée par conséquent sous la dépendance de l'hémisphère droit du cerveau. Elle n'est pas non plus celle du cerveau qui n'a pas été éduqué pour l'écriture, puisque beaucoup de sujets écrivent spontanément mieux en miroir de la main qui a appris à écrire. C'est plutôt le sens des attitudes qui est en défaut à un degré plus ou moins grand chez les spéculaires et ceux-ci sont des anormaux au même titre que les sujets qui sont incapables d'écrire en miroir lorsqu'on leur a montré le mouvement qui permet de réaliser cette écriture. G. Deny.

XII. — **Ostéomalacie et goitre exophtalmique**, par Tolot et Sarvonat. (*Revue de médecine*, mai 1906.)

Observation d'une femme de 52 ans avec symptômes thyroïdiens depuis sa jeunesse et morte de compression médullaire avec déformation rachidienne. L'auteur cite également quelques observations où l'ostéomalacie se trouve liée au goitre ainsi que les données expérimentales qu'ont pu fournir la physiologie et la chirurgie sur les rapports de cette affection avec les fonctions thyroïdiennes et les fonctions testiculaires et ovariques. L'ostéomalacie ne serait que le syndrôme de la déminéralisation os-

neuse dont la physiologie est encore mal connue et qui paraît se rattacher à des maladies différentes. M. H.

XIII. — **Sur l'origine du sommeil. Etude des relations entre le sommeil et le fonctionnement de la glande pituitaire** ; par Alberto SALMON (de Florence). (*Revue de médecine*, avril 1906.)

L'auteur cite un grand nombre d'affections où soit la somnolence, soit l'insomnie paraissent liées à des troubles de fonctionnement de l'hypophyse et il émet cette hypothèse que le sommeil physiologique est essentiellement dû à la sécrétion de la glande pituitaire. M. H.

XIV. — **Sur un cas de myotonie. Considérations sur le syndrome myotonique** ; par MODENA et SICCARDI. (*Rivista sperimentale de Freniatria*. Reggio Emilia, 1905. Vol. XX, XI fasc. II.)

La doctrine myopathique pure ne peut plus être soutenue, et l'on doit plutôt incliner vers une pathogénie mixte, neuro myopathique, de la myotonie. La myotonie, par ses manifestations cliniques qui dépendent des centres nerveux, par les lésions des muscles, par son association fréquente avec les maladies du système nerveux, et surtout avec l'atrophie musculaire, démontre que sa cause est bien plus complexe qu'une simple affection locale exclusive de la fibre striée. Pour Giovanni, depuis les manifestations simples des formes névrosiques jusqu'aux diverses formes cliniques, parmi lesquelles il faut citer la maladie de Thomsen, tout est lié intimement au processus évolutif des éléments constitutifs des tissus nerveux. J. S.

XV. — **Aphasie sensorielle avec hémianopsie latérale homonyme droite** ; par le Dr DEBRAY. (*Journal de Neurologie*, 1906, n° 2.)

Il s'agit d'un homme de 57 ans, qui fut atteint d'un petit ictus sans chute ni perte de connaissance proprement dite, mais avec impossibilité de se diriger et de parler. En l'examinant, quelques jours après, on constate une hémianopsie homonyme latérale droite et une aphasie sans paralysie des membres ou de la face, sans déviation conjuguée de la tête, ni des yeux. Les symptômes sont rattachés par l'auteur à une lésion sous-corticale, probablement une embolie du lobe occipital droit, lésion qui a détruit les fibres reliant l'écorce avoisinant le pli courbe où siège le centre visuel verbal, aux voies motrices et aux centres moteurs du langage.

Comme la plupart des hémianopsiques, cet homme avait conservé la perception des différences de lumière dans son champ amaurotique. Cette particularité serait due, d'après M. Debray, non à un degré insuffisant d'altération de la zone calcarine (Bard)

mais bien plutôt à ce que le restant du lobe occipital perçoit, lui aussi, la sensation de la lumière. G. Deny.

XVI. — **Encéphalite aigue chez les enfants** ; par Comby. (*Bulletin médical*, n° 5, 1906.)

L'auteur laisse de côté l'encéphalite suppurée ou abcès du cerveau : l'affection dont traite Comby est celle que Strumpell a décrite sous le nom de « polyoencéphalite » ; elle a été étudiée par Packelt et Batten (1902) et Concette (1903). C'est une affection rare, survenant chez des enfants héréditairement tarés le plus souvent à la suite de la grippe, plus rarement de la coqueluche, du choléra infantile, quelquefois même simplement de la constipation.

Au point de vue anatomique, on constate des modifications vasculaires diffuses dans le cerveau, de la congestion de la surface, on voit sur les coupes des piquetés hémorragiques : au microscope, on constate des thrombus, des extravasa sanguins sous-corticaux; les cellules de l'écorce sont gonflées mais ne paraissent pas altérées. Parfois ces lésions sont susceptibles de rétrocéder, d'autres fois elles laissent des suites; la ponction lombaire est négative. Cette affection comme nous l'avons dit, est généralement secondaire : les convulsions et parfois l'état comateux ouvrent la scène. Ils sont accompagnées d'hémiplégie flasque, d'athétose, de chorée, d'ataxie, de sclérose en plaques de psychose et quelquefois de coma et de mort. On peut distinguer des formes légères, et des formes graves avec séquelles. Le pronostic varie avec la forme. Les formes graves sont parfois mortelles. Le diagnostic est très difficile : il doit être fait avec l'éclampsie, avec les tumeurs, les hémorragies, les ramollissements qui ont des signes spéciaux.

Les méningites s'accompagnent de raideur de la nuque, de vomissements et surtout de céphalées, d'irrégularité du pouls et de la respiration. Enfin la ponction lombaire permet de reconnaître de la lymphocytose dans les méningites tuberculeuses, de la polynucléose dans les méningites aiguës. Les hémorragies méningées donnent à la ponction lombaire un liquide sanguinolent.

Le traitement consiste à mettre de la glace sur la tête, des sangsues aux mastoïdes, des lavements purgatifs, des bottes d'ouate, le calomel à dose fractionnée, des bains tièdes toutes les 3 ou 4 heures et des lavements au chloral et au bromure, puis de l'iodure de potassium, et, on devra surveiller l'alimentation.

L. Wahl.

XVII. — **La syphilis spinale à forme amyotrophique** ; par Launois et Porot. (*Revue de médecine*, 1906.)

La maladie d'Albert Duchesne tend à être envisagée comme un syndrome dont l'origine est variable. Le type de cette affec-

tion avec altération intéressant uniquement les cellules des cornes antérieures est rare. D'un autre côté on a détaché depuis quelques années de l'affection type une amyotrophie musculaire progressive d'origine syphilitique. Les auteurs en rapportent une observation suivie d'autopsie d'un syphilitique déjà présentée par eux en 1900 et mort en 1905 d'amyotrophie progressive. Les symptômes dominants étaient une atrophie progressive accompagnée de troubles vasomoteurs des mains (main succulente).

Mort par suite d'accidents pulmonaires. A l'autopsie, prédominance de lésions méningitiques qui paraissent avoir été primitives, avec névrite hypertrophique des racines et atrophie des cornes antérieures. Cette méningite avait deux localisations prédominantes, l'une aux parties antéro-latérales de la région cervicale inférieure, l'autre aux régions postérieures de la moelle lombaire (tabes amyotrophique). M. H.

XVIII.— **Des névroses et des névrites du pneumogastrique chez les tuberculeux et particulièrement de l'asthme des tuberculeux** ; par Dumesnil (*Bulletin médical*, nov. 1906).

Des cas analogues ont déjà été signalés par Bertin (1905) et dans la thèse d'Epschtein (1906): ils sont en relation avec des lésions dans la sphère du pneumogastrique chez des sujets atteints de tuberculose : on les rencontre surtout chez de vieux tuberculeux à lésions fibreuses et ces troubles paraissent être en raison directe de l'étendue et de l'intensité du processus à évolution fibreuse : on rencontre alors dans les cas exceptionnels où le tableau est au grand complet : de la dyspepsie secrétoire et motrice, des troubles cardiaques divers, de la dyspepsie : lorsque les terminaisons nerveuses sont englobées dans le tissus fibreux il semble que les médications intempestives favorisent l'apparition des accès dyspnéïques qui peuvent simuler l'accès d'asthme vrai : il y a lésion du nerf, donc c'est de l'asthme faux.

L. Wahl.

XIX. — **Le trypanosome de la maladie du sommeil**; par Robert Jones. (*The Journal of Mental Science*, Avril 1904.)

Cette question alors nouvelle a été si souvent étudiée depuis qu'il n'y a pas lieu à l'heure actuelle, d'insister sur ce mémoire.

XX. — **Fièvre hystérique chez l'enfant**; par Comby. (*Bulletin médical*, n° 36, 1906.)

Une fillette de 13 ans est pris de secousses électriques : on lui ordonne du bromure de potassium, de la morphine et de l'éther; elle a alors des hallucinations et de la céphalalgie; la température s'élève à 42° le matin et 44° le soir, les convulsions continuent mais l'état général reste bon ; après une discussion très longue

l'auteur montre qu'il s'agit d'une fièvre hystérique sans gravité. L. WAHL

XXI.— **Pathogénie d'un cas d'hystérie liée à une tumeur cérébelleuse**; par le Pr BERNHEIM, de Nancy. (*Bulletin médical*, n° 52, 1906.)

Les crises dites hystériques ne sont qu'une réaction psychodynamique d'origine émotive qui peut être provoquée chez certains sujets par certaines émotions spéciales agissant comme des modificateurs passagers de l'organisme et suceptibles de se reproduire par autosuggestion émotive. Il s'agit d'une femme de 34 ans qui depuis huit mois, présentait des crises nerveuses à type hystérique, puis la vue se perdit progressivement. L'examen ophtalmoscopique montra qu'il s'agissait non d'une cécité psychique, mais d'une lésion organique du fond de l'œil; la marche devint titubante, les vomissements et les douleurs occipitales apparurent; enfin le signe de Kernig. A l'autopsie, tumeur du cervelet. L. WAHL.

XXII. — **Formes frustes du Tabes** ; par RAYMOND. (*Bulletin médical*, n° 54.)

Le professeur Raymond insiste avec raison sur ces formes qui sont si souvent d'un diagnostic si difficile, particulièrement à la période préataxique : des trois cas que rapporte l'auteur l'un est relatif à une femme qui présenta tout d'abord un engourdissement qui débuta brusquement en envahissant la jambe gauche, la partie gauche du tronc puis le bras du même côté pendant quelques instants et se renouvela ensuite à plusieurs reprises tantôt du côté droit, tantôt du côté gauche : puis apparut une crise épileptiforme bravais-jacksonienne typique. Elle présente actuellement outre les principaux signes du tabes, quelques symptômes qui ont fait penser à la *P. G.* : achoppement des syllabes, etc. Un autre concerne un homme de 39 ans qui entra à l'hôpital avec un mal perforant plantaire, bilatéral : quinze ans auparavant, il avait eu des douleurs fulgurantes, 8 ans après le chancre initial : un examen attentif révèle un tabes incipiens des plus nets. La troisième malade est une femme qui eut il y a dix ans des douleurs fulgurantes, puis des vomissements incolores et à une autre époque des douleurs thoraciques très violentes localisées au creux épigastrique ; fausses envies d'uriner, diplopie intermittente. Ces exemples montrent combien est parfois bizarre la marche de la maladie de Duchenne. L. WAHL.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

XXX. — **Folie communiquée (folie à deux, folie simultanée) survenue chez une mère et sa fille**; par JOHN R. LORD. (*The Journal of Mental Science*, avril 1904.)

Observation intéressante, mais ne différant par aucun caractère particulier des faits analogues qui ont été publiés : la forme du délire était la paranoia chronique. R.M.C.

XXXI.—**Les effets moraux et mentaux de la guerre sud-africaine** (1899-1902) **sur le peuple anglais**; par R. S. STEWART. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1904.)

Voici le résumé de cette curieuse étude : Les impressions produites par les évènements des trois derniers mois de l'année 1899, ont été de nature à provoquer une indiscutable modification, au caractère national, modification très profonde qui s'est manifestée, du moins en Angleterre et en Irlande, d'une façon immédiate, dans tous les rangs de la société, qui a porté également sur les deux sexes, et qui ne peut en aucune manière s'expliquer par la simple disparition du milieu social des hommes affectés à la défense du pays. La nation, dans son ensemble, a vu ses tendances criminelles diminuer; l'égoïsme pratique sous toutes ses formes s'est restreint : il y a eu un relèvement du respect pour la vie et le bien d'autrui et un amoindrissement des tendances à écarter les ennuis et les responsabilités de la vie. La stabilité mentale de la nation a été en progrès ainsi que le pouvoir des individus sur eux-mêmes.

Il y a pour le moment actuel une amélioration très nette de l'ensemble de la morale nationale, certainement due aux circonstances qui ont mis en échec la gandeur nationale et menacé l'existence même de la Patrie. Mais peu à peu on voit disparaître les conséquences de ces évènements, si bien qu'au bout d'une année, elles sont totalement effacées, et font place à un état qui est même pire que l'état antérieur : on a été brutalement et douloureusement réveillé d'un lourd sommeil, mais le danger passé, la réaction s'est faite et aboutira probablement dans l'avenir aux plus graves résultats. R. DE MUSGRAVE CLAY.

XXXII. — **Stéréotypie graphique chez un dément précoce** ; par L. MARCHAND. (*Journ. de Neurologie*, 1906, n° 20.)

Il s'agit d'un jeune homme de 20 ans, étudiant, atteint de démence précoce, qui présenta au début même de la maladie, pendant la période délirante, de la stéréotypie graphique. Pour l'au-

leur, cette stéréotypie était secondaire aux idées de persécution du malade, et comme elle coexistait avec une certaine conservation de la mémoire et de la lucidité (ce qui est le propre dans la démence paranoïde), il se croit en droit de conclure que la stéréotypie des écrits est « un indice de chronicité mais nullement la marque d'une démence commençante ou non. »

XXXIII. — **Un cas de paralysie générale de développement**; par JAS. MIDDLEMASS. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1904.)

Deux remarques : 1° l'étiologie syphilitique était ici indiscutable; 2° les âges auxquels on peut voir débuter la paralysie générale chez les jeunes sujets et chez les adultes étant respectivement six ans et vingt-cinq ans, et le premier groupe allant jusqu'à vingt deux ans, il en résulte que si, comme la plupart des auteurs, on admet l'origine syphilitique, il n'y a d'autre différence étiologique que la présence d'une syphilis héréditaire ou d'une syphilis acquise. R. DE MUSGRAVE CLAY.

XXXIV.—**Sur les rapports des salaires de la folie et du crime dans le sud du Pays de Galles**; par R. S. STEWART. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1904.)

En s'appuyant sur des données numériques l'auteur est amené à conclure que le relèvement des salaires, la diminution des heures de travail, l'augmentation du loisir s'accompagnent d'un accroissement de l'ivrognerie, de la folie et du crime.

R. DE MUSGRAVE CLAY.

XXXV.—**Le « Stress »**; par Ch. MERCIER. (*The Journal of Mental Science*, avril 1904.)

XXXVI.—**Encore le « Stress »**; par Ch. MERCIER.) *The Journal of Mental Science*, octobre 1904.)

Il y a une quinzaine d'années, dans un ouvrage connu intitulé « Sanity and Insanity » M. Mercier a posé en principe que la folie était fonction de deux variables : l'hérédité et le *stress*?. Il nous est malheureusement très difficile de traduire le mot « stress » dont la signification en anglais est très élastique et dépend beaucoup du contexte: une pesée « exercée sur quelque chose », une « influence puissante et déterminante » en indiquent à peu près le sens, que M. Mercier lui-même nous explique d'ailleurs par des exemples: ainsi l'alcool qui circule dans le sang, *stress*; l'hémorhagie cérébrale, *stress*; l'apparition de la puberté, *stress*; la ruine, *stress*; l'accession à la fortune, *stress*. Dans un mémoire sur les rapports des salaires ouvriers avec le crime et la folie, M. Stewart a cité la proposition de M. Mercier, mais en

attribuant au mot *stress* un sens manifestement différent de celui que lui avait donné M. Mercier et c'est de quoi se plaint M. Mercier. Querelles de mot, dira-t-on ? Pas tout à fait,car la querelle ici passe par-dessus les mots. M. Mercier, dont on sait l'esprit scientifique et précis profite de ce fait pour regretter que lorsque, dans une science ou une branche d'une science, un mot (il déclare d'ailleurs ne tenir nullement au sien) a été investi d'une signification précise et en quelque sorte reconnue, cette signification fût-elle arbitraire, personne ne soit fondé à se servir de ce mot en lui attribuant une signification différente; car enfin, dit-il, il serait fort incommode dans la vie pratique de désigner par le même mot une pièce de vingt sous et une pièce de cinq francs : on peut d'ailleurs aller plus loin encore et se demander si l'inexactitude du terme ne correspond pas à l'inexactitude des idées. R. DE MUSGRAVE CLAY.

XXXVII. — **La psychologie de l'hallucination**; par W. H. B. STODDART. (*The Journal ot Mental Science*, octobre 1904.)

Travail interressant accompagné de figures et de schémas nécessaires à l'intelligence du texte; nous pouvons cependant reproduire les considérations finales de l'auteur qui sont les suivantes : pour bien comprendre l'hallucination, il faut comparer la perception, l'idéation, l'illusion et l'hallucination en tenant compte de la manière dont le centre cortical est stimulé dans chacun de ces processus.

Dans la perception, le stimulus est transmis de la périphérie; il n'y a ni association *transcorticale* (pour employer l'expression de Tanzi) ni dissociation périphérique. Dans l'idéation, le centre est stimulé par la voie des fibres associées: mais là non plus, il n'y a pas dissociation venant de la périphérie : à noter toutefois que l'association périphérique (non dissociation) ne joue aucun rôle dans l'idéation. Dans l'illusion, la stimulation du centre se fait d'une part par les fibres associées et vient d'autre part de la périphérie ; et la tendance à l'unité idéationnelle combine les sensations fournies par les deux ordres de stimulations; à noter que la différence physiologique entre l'idéation et l'illusion consiste en ce que le stimulus périphérique *n'intervient pas* dans l'idéation, tandis qu'il est *nécessaire* dans l'illusion. On a vu que dans l'hallucination il y a association transcorticale et dissociation périphérique; il faut donc remarquer que le facteur essentiel de l'hallucination est son facteur négatif : c'est ce qui la différencie essentiellement de la perception, de l'idéation et de l'illusion.

Il n'y a pas de différence psychologique entre ces processus, et leur identité psychologique apparaîtra encore plus nettement si l'on observe un état transitionnel entre l'idéation et l'hallucination. R. DE MUSGRAVE CLAY.

XXXVIII.— **Traumatisme et Paralysie générale**; par James Middlemass. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1904.)

Ce n'est pas un mémoire, mais l'ouverture d'une discussion à laquelle prennent part plusieurs des membres présents; en effet, en dehors du côté purement scientifique, il s'agit de savoir si une paralysie générale peut-être créée ou hâtée par un accident du travail et par là ouvrir la porte à une demande d'indemnité.

R. M. C.

XXXIIX. — **Note ssur la folie de l'adolescence dans le Comté de Dorset**; par George A. Rorie. (*The Journal of Mental Science*, avril 1904.)

Etude intéressante mais ne portant naturellement que sur un nombre de cas assez restreint. R. M. C.

XL. — **Les présentations obsédantes, hallucinatoires et hallucinations obsédantes**; par Sergeranoff. (*Revue de médecine*, avril 1906.)

Les dégénérés obsédés étaient considérés par Falret comme n'étant pas sujets aux hallucinations ; toutefois certains cas accompagnés de troubles hallucinatoires ont été observés depuis ; on a aussi rapporté des hallucinations obsédantes dans certaines affections nerveuses. L'auteur pense qu'il faut distinguer dans ces divers cas plusieurs catégories cliniques.

1° *Représentations obsédantes hallucinatoires dans la constitution idéo-obsessive.* — C'est le cas des dégénérés obsédés à tempérament émotif. Ici, l'hallucination est rudimentaire ; elle est secondaire à l'obsession ; elle n'est que la tendance à la matérialisation de l'idée obsédante, elle se manifeste chez le sujet avec un état toujours conscient ; elle ne lui apparaît pas comme une hallucination vraie ; l'image est toujours élémentaire et n'est qu'une faible expression des perceptions réelles et objectives.

2° *Les hallucinations obsédantes qui se rencontrent dans certains états pathologiques.* — (Hystérie, état épileptique. — Ce sont des hallucinations vraies, elles sont extériorisées, nettes, détaillées.

Elles ne sont pas sous la dépendance d'un état idéo-obsessif. Elles sont primitives, et n'apparaissent plus au sujet comme une image purement mentale.

3° Enfin il faut distinguer *des phénomènes obssédants hallucinatoires en rapport avec les associations obsédantes de contraste dans certains états mélancoliques aigus.* — Ces sortes d'hallucinations se produisent dans des états mixtes, par exemple chez des prédisposés obsédés au cours d'un accès mélancolique.

M. Hamel.

XLI. — **Note sur l'épilepsie massive** ; par Ch. Féré. (*Revue de médecine,* avril 1906.)

Il faut entendre ici par épilepsie massive les accès épileptiques se manifestant exclusivement par groupes de crises subintrantes ou très rapprochées, les intervalles n'étant troublés par aucun paroxysme.

Les observations que rapporte l'auteur s'adressent à des sujets déjà âgés dont l'épilepsie débuta et continua à se manifester par des accès en masse. Pendant les intervalles les malades étaient normaux et pouvaient vaquer à leurs affaires. Le traitement bromuré appliqué intensivement eut pour effet de dissocier cette épilepsie massive, ce qui diminua des chances de mort pendant l'accès mais fut une aggravation au point de vue de la vie courante, les accès se manifestant à des intervalles irréguliers.

M. Hamel.

XLII.— **Les sortes de folies**; par Ch. Mercier. (*The Journal of Mental Science,* janvier 1904.)

Malgré, son très réel intérêt, ce travail comme celui que l'auteur a consacré à la réorganisation des statistiques en matière de pathologie mentale, demanderait une traduction et non une analyse.

R. M. C.

XLIII. – **La sorcellerie moderne : étude d'une phase de la paranoia**; par Conolly Norman. (*The Journal of Mental Science.* Janvier 1905.)

L'auteur rapporte avec des détails très curieux dans lesquels nous ne pouvons malheureusement pas le suivre à cause de leur longueur et de l'impossibilité de les abréger sans supprimer leur intérêt, l'observation de trois malades. Il constate non sans surprise que chez les paranoiaques d'aujourd'hui on observe des idées qui ont la plus grande analogie avec les vieilles superstitions de la sorcellerie, et cela dans des cas où nous pouvons être à peu près certains que les victimes actuelles de ces délusions sont dans l'ignorance complète de l'histoire des anciennes croyances.

R. de Musgrave Clay.

XLIV. — **Plaidoyer en faveur d'une étude plus attentive du poids du corps et de ses rapports avec les maladies mentales**; par C. Hubert Bond. (*The Journal of mental Science,* janvier 1904.)

L'auteur n'ignore pas que le sujet qu'il traite n'est pas nouveau : mais il désire simplement insister sur deux points : d'abord il pense que la méthode généralement adoptée pour apprécier ce qu'on appelle le gain ou la perte de poids d'un sujet n'est ni la plus satisfaisante ni la plus propre à fournir des résultats utiles, et cette observation s'applique aussi bien à la méthode des médecins qu'à

celle des gens du monde ; ensuite il suggère l'idée que la méthode des pesées, en aliénation mentale, pourrait non seulement être utilisée comme elle l'est actuellement pour la direction du traitement, mais encore pour arriver à une meilleure classification des maladies mentales. R. DE MUSGRAVE CLAY.

XLV. — **Maladie mentale avec goitre exophtalmique**; par R. H. STEEN. (*The Journal of mental Science*, janvier 1905.)

L'auteur rapporte l'observation de quatre malades chez lesquels il y avait association du goître exophtalmique et de la folie ; il n'ignore pas que ce chiffre est trop faible pour justifier des conclusions précises ; mais l'observation de ces malades lui a suggéré les réflexions suivantes : 1° dans la folie avec goitre exophtalmique les symptômes sont dans l'ensemble ceux de la mélancolie avec agitation ; 2° les hallucinations existent et sont souvent intenses; 3° le début des symptômes mentaux bien prononcés est souvent soudain; 4° la guérison de la maladie mentale survient "même" dans les cas qui paraissent désespérés ; mais il ne faut pas perdre de vue la possibilité d'une syncope dans la période aiguë ; 5° une augmentation de poids très accentuée accompagne l'amélioration de l'état mental; 6° l'extrait de capsules surrénales donne des résultats avantageux. R. DE MUSGRAVE CLAY.

XLVI. — **Un cas d'idiotie amaurotique de famille** ; par James BURNET. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1905.)

Les cas de cette maladie sont rares ; l'auteur n'a pu en rassembler que 27 dans la littérature ; aussi a-t-il bien fait de rapporter avec soin et avec détail le cas qu'il a observé et qui, ainsi qu'il arrive presque toujours, s'est terminé par la mort avant que l'enfant ait atteint l'âge de deux ans. Le cas actuel n'était pas d'origine syphilitique ; il était probablement dû à une défectuosité de développement du tissu nerveux. Il faut noter que presque tous les cas, sinon tous les cas, de cette maladie ont été rencontrés dans des familles juives. R. DE MUSGRAVE CLAY.

XLVII. — **Des mesures qu'il est nécessaire de prendre à l'égard des faibles d'esprit dans la première et la seconde enfance**; par HENRY RAYNER. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1904.)

La nécessité de surveiller et de soigner d'une manière spéciale les enfants dont le développement cérébral est défectueux est de plus en plus généralement reconnue; mais on a beaucoup écrit et parlé, on a peu agi. L'importance des sept premières années de l'enfant dans son développement cérébral est pourtant démontrée d'une façon simple et nette par l'accroissement de poids du cerveau durant cette période de la vie. Toutes les fonctions organiques sont à surveiller à cette époque, car, activement ou

passivement, presque toutes sont fonction du développement cérébral. Le régime alimentaire, les troubles digestifs, la constipation jouent ici un rôle important. L'évolution dentaire réclame une attention particulière aussi bien que le mode respiratoire, souvent influencé par l'état des amydales ou par la présence de végétations adénoïdes; l'air pur nuit et jour est ici de première nécessité. Le système musculaire réclame un fonctionnement régulier et souvent méthodique. Les mauvaises habitudes demandent, pour être décelées, une surveillance particulière et soigneuse. Mais, pour que ces buts divers puissent être atteints, il faut que la défectuosité mentale soit d'abord connue. Le service d'inspection des enfants à domicile qui commence à fontionner (en Angleterre) rendra à cet égard de signalés services. Non seulement il découvrirait les malades mais il renseignerait les mères. Les institutions consacrées au traitement des faibles d'esprit nous démontrent par les résultats obtenus que beaucoup de ces malades peuvcut arriver à un état suffisamment normal pour subvenir à leurs propres besoins. Ces résultats seraient plus favorables encore si l'on pouvait donner à ces petits malades, pendant la première et la seconde enfance, des soins appropriés à leur état. R. DE MUSGRAVE CLAY.

XLVIII. — **Sur la nécessité de soins de famille pour les personnes dont l'esprit n'est pas sain en Irlande**; par CONOLLY NORMAN. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1904.)

L'auteur insiste sur le fait que ces soins de famille seraient chose nouvelle en Irlande et sur l'utilité que de pareilles mesures présenteraient tant pour les malades que pour les malades qui seraient ainsi moins exposés à encombrer les asiles alors que l'internement ne leur est nullement indispensable. R. M. C.

XLIX. — **Les prodromes des psychoses et leur signification**; par T. CLOUSTON. (*The Journal of Mental Science*, avril 1904.)

On n'a pas fait suffisamment ressortir qu'il y a, en psychiatrie, des symptômes précoces dépourvus de tout caractère mental, tout comme il y a en neurologie des symptômes qui peuvent fort bien n'être que les préludes d'une crise d'aliénation mentale. L'auteur examine et discute avec l'autorité d'une longue et savante expérience les principaux prodromes des affections mentales, c'est-à-dire les symptômes sensoriels, et particulièrement le plus banal mais non le moins significatif de tous, le mal de tête, les troubles moteurs, la neurasthénie (qui est au moins proche parente des psychoses), l'insomnie, les attaques d'hystérie, les troubles de la circulation, les altérations du sang et la leucocytose, les troubles de la nutrition et de la digestion, les modifications menstruelles, enfin les troubles mentaux eux-mêmes. Il conclut de cette étude

(que nous avons le regret de résumer d'une façon forcément brève que l'apparition d'une maladie mentale est ordinairement un phénomène qui n'est ni simple ni localisé, et que les faits qu'il a indiqués montrent une fois de plus la solidarité d'action de l'ensemble du cerveau et de l'ensemble des centres nervenx de la moelle et des ganglions spéciaux sur les systèmes organiques du corps. Ils semblent indiquer en outre que l'écorce mentale est le centre de l'organisme et que les centres supérieurs présentent à la maladie un maximum de résistance.

R. DE MUSGRAVE CLAY.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 29 *janvier* 1906. — PRÉSIDENCE DE MM. VALLON et Marcel BRIAND.

M. VALLON, président sortant, passe en revue les événements qui se sont déroulés devant la Société, dans le cours de l'année et rappelle la perte qu'elle a faite, en la personne de M. Paul Garnier, enlevé prématurément par une mort inopinée ; il adresse ses félicitations à MM. Ritti et Marandon de Montyel, à l'occasion de leur nomination dans la Légion d'honneur. Il invite ensuite M. Marcel Briand à venir prendre place au fauteuil présidentiel.

M. Marcel BRIAND se réjouit de ce que la guérison complète de son ami M. Vallon ait fait de la vice-présidence une sinécure et le félicite de la croix de la Légion d'honneur qui lui a été attribuée par le Ministre de l'Intérieur. Il renouvelle ses compliments pour le même objet, à MM. Ritti et Marandon de Montyel. Il exprime le vœu que les jeunes auteurs ne négligent pas de traiter dans leurs communications le côté médico-légal qu'elles peuvent présenter, car des lois nouvelles lui donnent une importance encore plus considérable qu'autrefois. Il termine son allocution en renouvelant ses remerciements à ses collègues, pour l'honneur qu'ils lui ont fait en l'appelant à présider leurs travaux.

M. RITTI remercie les deux Présidents des éloges qu'ils lui ont adressés. C'est pour moi, dit-il, la plus douce récompense de mes 25 années de Secrétariat général.

M. DENY, absent à la dernière séance, adresse tous ses remerciements à ses collègues qui l'ont élu à la vice-présidence.

Prix Aubanel. — LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL fait connaître que quatre mémoires ont été envoyés pour le prix Aubanel, sur le sujet

suivant : *Valeur diagnostique des symptômes oculaires aux différentes périodes de la paralysie générale, appuyée surtout sur des observations personnelles.*

Prix Esquirol. — Un seul mémoire a été envoyé.

Commission des prix. — *Prix Aubanel* : MM. ARNAUD, LWOFF, PACTET, SÉRIEUX, et SOLLIER. — *Prix Esquirol* · MM. BLIN, COLIN KÉRAVAL, MOREAU (de Tours), ROUBINOWITCH.

De la confusion du langage.

Rapport sur le travail de M. E. Stransky.

L'auteur a fait des expériences sur les associations d'idées chez les personnes normales et les déments précoces, expériences dont M. KÉRAVAL donne le résumé.

Malformation congénitale uni-latérale de la face chez un idiot épileptique.

MM. HAMEL et WAHL communiquent l'observation d'un jeune idiot épileptique, présentant une hypertrophie congénitale de tout un côté de la face.

Aphasie et tuberculose.

M. PRON communique l'observation d'un tuberculeux devenu aphasique.

M. B.

Séance du 26 février 1906. — PRÉSIDENCE DE M. Marcel BRIAND.

Etude nosologique et pathogénique du délire des négations.

MM. DENY et P. CAMUS, à propos d'un cas de délire de négation corporelle et d'un autre cas de délire de négation intellectuelle, font ressortir que les idées de négation, les idées de doute, d'étrangeté, de changement, de transformation, les tendances aux mutilations et au suicide, devraient être groupées sous une même rubrique et former ce qu'on pourrait désigner sous le nom de syndrome cénesthésiopathique.

M. VALLON, tout en se refusant à admettre une origine périphérique aux idées hypochondriaques, approuve la distinction faite par les auteurs entre les deux délires hypochondriaques, intellectuel et corporel, présentés par leurs malades.

M. VIGOUROUX pense qu'une lésion périphérique peut orienter le délire, mais ne croit pas que MM. Deny et Camus soient autorisés à faire intervenir une lésion cérébrale pour le déterminer.

M. ARNAUD fait observer que, dans le délire de négation purement intellectuel, la lésion des centres corticaux ne saurait être invoquée. La question de l'influence de la cynesthésie organique

devrait, d'ailleurs, être posée dans tous les délires, quels qu'ils soient.

M. Pactet ne s'explique pas par quel mécanisme les perturbations de la sensibilité du cerveau peuvent conduire un aliéné à nier, non seulement l'existence de ses organes, mais celle du monde entier. Il s'élève, en outre, contre la terminologie étrangère du mot *paranoïa*, alors qu'en France nous avons le mot délire qui exprime la même idée.

M. Deny répond qu'il ne suffit pas à un sujet de ne pas avoir la sensation de ses organes pour en nier l'existence ; il lui faut aussi et surtout une prédisposition à délirer.

M. Laroussinie cite le cas d'un jeune homme qui, au cours d'une grippe à forme intestinale, croyait ne plus avoir d'estomac.

M. Vallon considère qu'il s'agit plutôt là d'un cas de délire infectieux.

Note sur l'emploi du véronal dans les maladies mentales.

MM. Lwof et Renon font connaître les résultats de l'expérimentation qu'ils ont faite du véronal, dans différentes formes mentales.

Troubles mentaux dans la sclérose en plaques. (Présentation de malade.)

MM. Lhermitte et Halberstadt présentent une malade du service de M. Briand et dont ils communiquent l'observation. Il s'agit d'une jeune fille, atteinte de sclérose en plaques et de troubles intellectuels qui paraissent liés aux lésions du cerveau.

M. Lapointe pense que la malade est hystérique.

M. Colin incline vers le diagnostic de débilité mentale avec sclérose en plaques chez une hystérique. Pour lui, les malades atteints de sclérose en plaques sont moins déments qu'ils ne le paraissent.

M. Pactet a observé un malade, frappé de sclérose en plaques, qui présentait une grande confusion mentale. Celle-ci s'est améliorée et le malade a pu quitter l'asile. Peut-être en sera-t-il de même pour la malade présentée.

M. Thivet ne nie pas la coexistence de la sclérose avec un état manifestement démentiel, mais il ne voit dans ce fait qu'une association sans relation de cause à effet.

M. Marcel Briand, qui suit sa malade depuis longtemps, la considère comme frappée d'une démence, déjà accusée, qui n'a pas cessé de progresser.

M. Vigouroux expose que l'état démentiel doit être en rapport avec le nombre et l'étendue des plaques de sclérose.

M. Vallon constate que la malade présente quelques stigmates physiques de dégénérescence. M. B.

Séance du 26 mars 1906.

Psychose polynévritique par auto-intoxication gastrique.

MM. SOLLIER et DUHEM communiquent l'observation d'un malade atteint de délire infectieux, puis de polynévrite avec amnésie et d'une psychose caractéristique de la maladie de Korsakoff.

Délire hypochondriaque en rapport avec une ectasie aortique.

M. RÉGIS rapporte l'histoire d'un artério-scléreux, âgé de 67 ans, qui présenta un délire d'obstruction et de négation, en relation de caractère et de localisation avec de l'ectasie aortique. La radioscopie et la radiographie confirmèrent le diagnostic d'ectasie aortique, à forme légèrement ampullaire. Il insiste sur les services que peut rendre, à la médecine mentale, ce mode d'investigation.

M. VALLON fait remarquer que si le malade de M. Régis a orienté et localisé son délire, sous l'influence d'un processus scléreux, il était déjà antérieurement délirant.

M. ARNAUD croit que cette observation vient à l'appui de ce qu'il pense sur la localisation topographique des idées délirantes.

M. TOULOUSE. — Le malade était-il affaibli intellectuellement?

M. RÉGIS. — L'intelligence n'avait pas baissé, après six ans de délire.

M. VALLON fait remarquer, à propos de l'aggravation du délire consécutivement à deux voyages, qu'il vaut mieux ne pas faire voyager les aliénés délirants.

M. VIGOUROUX se demande si le délire ne tient pas plutôt à l'intoxication occasionnée par l'artério-sclérose qu'à celle-ci.

M. COLIN rappelle que Charcot a déjà signalé les inconvénients des voyages chez les neurasthéniques.

M. Marcel BRIAND voit dans cette observation de M. Régis un appui à la théorie d'après laquelle le délire hypochondriaque ne serait qu'une étape du délire systématisé, étape correspondant, dans le délire chronique de Magnan, à la période des idées de grandeur. Hypochondriaques et persécutés commencent par être des inquiets et des mélancoliques qui cherchent leur voie. Les délirants (type Magnan) deviennent persécutés et mégalomanes et les déprimés (type Cotard) passent par l'hypocondrie pour aboutir au délire de négation ou au délire d'énormité, appelé aussi mégalomélancolie par M. Régis.

Simulation sur une base morbide.

M. THIVET rapporte l'observation d'un prédisposé névropathique, héréditaire, ayant simulé, pendant cinq mois, dans un but déterminé, des symptômes ressemblant à de l'agitation maniaque, et qui eut, plus tard, un véritable accès de manie. M. B.

Séance du 30 *avril* 1906. — PRÉSIDENCE DE M. Marcel BRIAND.

LE PRÉSIDENT fait connaître que M. Thivet vient d'être l'objet d'une tentative de meurtre de la part du malade dont il a communiqué l'observation dans la dernière séance. Cet aliéné l'a frappé dans la région orbitaire, à l'aide d'un goulot de bouteille. Deux infirmiers ont été également blessés, en désarmant l'agresseur. M. BRIAND félicite M. Thivet d'avoir échappé à son meurtrier.

Délire mystique provoqué par les pratiques d'un magnétiseur.

M. DUHEM donne l'observation d'un homme, âgé d'une quarantaine d'années, chez lequel éclatèrent des troubles intellectuels à forme mystique, consécutivement à des pratiques de magnétisme, opérées par une guérisseuse.

LE PRÉSIDENT rappelle qu'une observation analogue, recueillie dans son service, a été publiée par M. LWOFF. Un cas comparable a encore été communiqué par M. Dheur.

Troubles mentaux consécutifs à un accident de travail.

MM. VIGOUROUX et DELMAS rapportent les observations de deux hommes ayant présenté des troubles intellectuels à la suite d'un accident de travail ; l'administrateur provisoire des aliénés, ajoutent-ils, s'occupe de leur faire obtenir l'indemnité à laquelle ils paraissent avoir droit. Les auteurs estiment que le médecin d'asile doit dans ses certificats signaler, s'il y a lieu, la possibilité d'un rapport de cause à effet entre l'accident et les troubles mentaux consécutivement constatés.

M. VALLON. — Lorsqu'un médecin agit comme expert, il reçoit des magistrats des documents recueillis par l'enquête. Il n'en est pas de même du médecin d'asile qui doit se montrer très prudent dans les certificats qu'il délivre aux familles intéressées. Il doit aussi ne pas oublier qu'il est lié par le secret professionnel.

M. GIRAUD. — Dans le département de la Seine-Inférieure, c'est un mandataire *ad litem*, désigné par le tribunal, et non par l'Administrateur provisoire, qui serait intervenu dans un cas analogue.

M. Marcel BRIAND estime que le médecin d'asile doit, dans son certificat, faire connaître à l'Administration préfectorale les faits relatifs aux intérêts de ses malades. L'administrateur provisoire, ainsi prévenu pourra faire, après enquête, nommer un mandataire *ad litem*, qui poursuivra les personnes responsables.

M. B.

Séance du 28 mai 1906. — *Présidence de* M. Marcel BRIAND.

Délire d'interprétation et paranoïa.

MM. DENY et CAMUS résument l'histoire d'un aliéné, présentant un délire systématisé chronique d'interprétation, comparable aux cas signalés par MM. Sérieux et Capgras et chez lequel on retrouve la conservation des facultés logiques, correspondant à l'absence des facultés auto-critiques. Cette absence d'auto-critique, avec intégrité de la logique, ne peut être imputée qu'à une anomalie psychique congénitale, dont les caractères sont suffisamment tranchés pour justifier la dénomination de paranoïa, qui lui a été attribuée par certains auteurs italiens, allemands, portugais, etc. En se basant sur la prépondérance de l'un ou l'autre de leurs éléments constitutifs, les délires paranoïaques peuvent être divisés en trois grandes catégories : a) les délires à base de représentations mentales exagérées ou obsédantes (persécutés-persécuteurs) ; — b) les délires à base d'interprétations erronées ; — c) les délires à troubles perceptifs ; ces derniers peuvent à leur tour se subdiviser en deux groupes : les délires à base de troubles cynesthésiques (folie hypochondriaque) et les délires à base de troubles sensitivo-sensoriels (délire chronique.)

En présence de ces différences constitutive et évolutive, les auteurs proposent, sinon de rattacher avec Kraepelin, tous ces délires à la démence précoce, du moins de les considérer comme une espèce psychopathique intermédiaire entre les délires paranoïaques proprement dits et la variété paranoïde de la démence précoce.

M. VALLON n'admet pas que les délires systématisés aboutissent à la démence. — M. DENY estime qu'il faudrait d'abord s'entendre sur le terme démence. Pour les uns, c'est la perte totale des facultés intellectuelles. Pour lui et la majorité des aliénistes la démence débute avec la désagrégation des facultés.

M. PACTET s'élève contre la terminologie nouvelle de *paranoïa* qui a, en français, son équivalent dans l'expression *état mental des dégénérés.*

M. ARNAUD ne croit pas que le délire chronique aboutisse à la démence ; les délirants chroniques d'un âge avancé lisent encore les journaux. Il reproche au mot paranoïa d'avoir changé de sens, depuis sa création. — M. DENY. — Si les déments lisent les journaux, c'est sans les comprendre.

M. TOULOUSE est d'avis que la démence vésanique n'est pas une démence. C'est de la confusion mentale. Le paralytique général seul est un dément type. — M. DUPRÉ ne peut se résoudre à considérer, comme atteints de confusion mentale, les vieux

—

vésaniques qualifiés habituellement de déments. Il conservera volontiers le terme paranoia, qui convient pour désigner certains états congénitaux caractérisés par des anomalies de la sensibilité et de l'intelligence.

M. VALLON. — Le mot « paranoia » varie de sens, avec les éditions des livres de Kraeplin.

M. KÉRAVAL. — La théorie de Kraeplin est fortement battue en brèche, même dans son pays, notamment par Zichem.

M. B.

Séance du 25 juin 1906 (1). — *Présidence de* M. Marcel BRIAND.

Prix Aubanel. — Conformément aux conclusions du Rapport de M. LOWFF, le prix Aubanel est décerné à MM. Schrameck, Mignot, et Parrot avec une somme de 1200 francs ; une récompense de 650 francs est décernée à MM. Privat de Fortunié, Raviard et Lorthiois, co-auteurs d'un mémoire ; la même somme est accordée dans les mêmes conditions à MM. Rodiet, Dubos, Caus, Pansier et Bricka ; enfin, une mention très honorable est attribuée à M. Cornu.

Le sujet du Prix Aubanel pour 1908 est le suivant : *Des amnésies dans les lésions organiques du cerveau.*

Eloges de Jules Falret. — Le SECRÉTAIRE GÉNÉRAL prononce un éloquent éloge de JULES FABRET, ancien Président de la Société.

M. B.

Séance du 23 juillet 1906. — *Présidence de* M. Marcel BRIAND.

La phraséologie de certains dégénérés.

M. WAHL lit l'observation d'une quérulante, où l'on retrouve une phraséologie caractéristique de sa débilité mentale.

Un cas de délire chronique à forme mégalomaniaque, avec autopsie.

M. MARCHAND communique, en son nom personnel et au nom de M. DOUTREBENTE, les particularités cliniques et anatomo-pathologiques présentées par un débile, délirant chronique, mort à la période des idées ambitieuses. — A l'autopsie on trouvera une méningo-corticalite chronique que les auteurs considèrent comcomme étant en rapport avec l'évolution du délire. M.B.

(1) Le soir au Banquet annuel, auquel assistaient la plupart des Membres de la Société et plusieurs des lauréats de la journée, les collègues de M. Ritti remettaient à leur Secrétaire général un bronze en souvenir de sa promotion dans la Légion d'honneur.

Séance du 29 octobre 1906. — Présidence de M. Marcel Briand.

Paralysie générale traumatique.

M. Collet donne lecture de l'observation d'un paralytique général du Service de M. Vigouroux et dont il fait remonter le début et la cause de la maladie à une chûte de bicyclette. Cet accident aurait eu lieu sept ans avant la mort. A l'autopsie, on remarque que le crâne avait conservé la trace d'un traumatisme et, en outre des lésions habituelles de la paralysie générale, on constata la présence d'une lésion cérébelleuse.

M. Joffroy demande si le malade présenta de l'amnésie rétro-antéro-grade, au moment de son accident. Celle-ci en effet constitue, avec les troubles oculaires, un symptôme important de traumatisme cérébral. Si dans le cas cité le traumatisme est intervenu dans l'étiologie de la paralysie générale, il semble qu'il n'en soit pas la cause unique ou même principale.

M. Vigouroux. — Le malade ne présenta, tout d'abord, aucun trouble intellectuel et put reprendre son travail, mais à l'autopsie nous pûmes nous convaincre que les lésions prédominaient dans la région protubérantielle, au niveau même d'une exostose d'origine cicatricielle.

M. Vallon considère cette observation comme caractéristique. parce qu'en dehors du traumatisme, on ne trouve aucune des causes habituelles de la paralysie générale : syphilis, alcool ou prédisposition.

M. Briand insiste sur l'intérêt à la fois scientifique et médico-légal de l'étiologie traumatique de la paralysie générale. Il lui est arrivé plusieurs fois de rechercher quelle pouvait avoir été l'influence de l'accident invoqué, comme cause déterminante d'une méningo-encéphalite chronique. Il a pu toujours établir que c'était au contraire, une paralysie générale méconnue à son début, qui avait favorisé l'accident incriminé, par suite d'une maladresse, ou même d'un ictus.

M. Vallon. — Dans le cas présenté par M. Collet, le traumatisme s'est produit sept ans avant la mort ; il ne semble donc pas qu'on puisse mettre la chute de bicyclette sur le compte d'un ictus. Tous les traumatisés du cerveau, ni tous les syphilitiques ne deviennent pas paralytiques généraux et cependant personne ne nie plus aujourd'hui l'origine syphilitique de certaines paralysies générales. Il se range à l'opinion de M. Vigouroux et estime qu'il s'agit bien d'une paralysie générale traumatique.

M. Christian considère le traumatisme comme une cause adjuvante possible, mais d'autant moins démontrée que la maladie a débuté longtemps après l'accident.

M. Joffroy. — Les traumatismes du cerveau sont extrêmement fréquents et comme les traumatisés ne deviennent pas paralytiques généraux, le traumatisme ne suffit donc pas à produire la méningo encéphalite chronique ; il faut autre chose. Il y a tout lieu de croire que le malade, dont l'observation vient d'être exposée, serait devenu paralytique général, quand bien même il n'aurait jamais fait de chûte.

M. Gimbal indique qu'il a observé dans le service de M. Pactet, un homme devenu paralytique général, quelque temps après s'être tiré un coup de révolver dans la tête.

M. Briand. — N'était-il pas déjà paralytique au moment de sa tentative de suicide ?

M. Collet répond qu'il a observé aussi des paralytiques généraux, victimes d'accidents sans rapport étiologique avec leur maladie ; mais il lui semble que, dans son observation, la cause déterminante de la maladie a bien été la chûte de la bicyclette. Il existe bien, conclut-il, une pneumonie traumatique, une pleurésie traumatique ; pourquoi n'y aurait-il pas de paralysie générale traumatique ? M. B.

Séance du 26 novembre. — Présidence de M. Marcel Briand.

Maladie d'Addison et délire.

MM. Vigouroux et Delmas communiquent l'observationn d'un addisonnien ayant présenté des idées de persécution et de richesse. Sans pouvoir répondre à la question qu'ils se posent, relativement à l'étiologie du délire, les auteurs se demandent si l'insuffisance fonctionnelle des capsules surrénales a été son unique cause ou bien si elle n'a fait que l'orienter. Marcel Briand.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

Séance du 10 janvier 1907

Au début de la séance, allocution de M. J. Babinski, président.

Syringomyélie post-traumatique.

MM. Lejonne et Chartier présentent un malade de 44 ans, qui, à la suite d'un écrasement de l'index droit, présente lentement et progressivement dans le membre correspondant les signes d'une syringomyélie : atrophie scapulo-humérale, exagération des réflexes, hypercesthésie et dissociations, douleurs profondes, scoliose, etc. Ils posent la question de l'influence du traumatisme sur l'affection médullaire.

Ptosis paralytique dans l'hystérie.

M. Sauvineau en rapporte deux cas chez des jeunes filles gué-

ries, l'une par suggestion, l'autre par suggestion et correction d'astigmatisme.

Neurasthénie thyroïdienne.

MM. L. Lévi et H. de Rothschild présentent une jeune fille atteinte neurasthénie et d'hypothyroïdie chronique, guérie de tous ces phénomènes par la médication thyroïdienne, alors que la psychothérapie avait échoué ; à l'intérêt du résultat thérapeutique s'ajoute celui de de l'étude de l'asthénie nerveuse dans ses rapports avec les actes thyroïdiens de la vie féminine et avec l'arthritisme en général.

Phobie hystérique de la marche.

M. A. Charpentier présente une femme de 60 ans qui, à la suite d'une émotion violente, survenue il y a quinze ans, ne peut marcher seule autrement qu'à petits pas, lents et hésitants ; l'absence de tout signe organique amena MM. Charpentier et Babinski au diagnostic de phobie hystérique, diagnostic confirmé par le traitement psychique.

Acromégalie et diabète.

MM. Grenet et Tanon présentent une malade du service de M. Brissaud, acromégalique avec apparition tardive de glycosurie ; celle-ci ayant cédé au régime antidiabétique, l'efficacité du traitement peut s'expliquer par la théorie qui rattache la glycosurie à un trouble de sécrétion hypophysaire plutôt qu'à une compression par tumeur.

Lésions des racines des ganglions rachidiens et des nerfs dans un cas de maladie de Friedreich.

MM. Déjerine et A. Thomas présentent des pièces qu'ils ont examinées par l'imprégnation à l'argent (méthode de Ramon y Cajal.)

Action de la scopolamine sur la chorée de Sydenham.

M. Babinski a obtenu dans certains cas de bons résultats par l'injection de bromhydrate de scopolamine.

Réactions électriques dans le tétanos guéri.

M. E. Bonniot a examiné à ce point de vue un malade du service de M. Œttinger ; l'excitabilité galvanique des nerfs est modifiée, il est difficile de provoquer le tétanos musculaire de fermeture, ce qui établit la différence avec la tétanie, où les réactions sont normales et même exagérées.

Petites hémorrhagies sous la pie-mère cérébrale dans l'épilepsie.

MM. Alquier et Anfimou ont constaté l'existence, sur dix

cerveaux d'épileptiques, de petites hémorragies superficielles et disséminées intéressant les fibres tangentielles et évoluant vers la sclérose. Ces lesions destructives peuvent expliquer la progression des troubles mentaux chez les épileptiques, et la sclérose dans ce cas est la conséquence et non la cause de l'épilepsie.

Cas de trophœdème chronique par MM. Parhon et Florian (note communiquée par M. Henry Meige). Ce cas intéressant est attribué à une altération des centres psychiques du tissu conjonctif sous-cutané.

Communication de MM. Lenoble et Aubineau sur un cas de *nystagmus myoclonie.*

Dissociation des réflexes tendineux et cutanés dans l'hémiplégie organique spasmodique, par MM. Noica et Marbé (Note communiquée par M. Babinski.) J. Rolet.

BIBLIOGRAPHIE

V.—*Demi-fous et demi-responsables*, par le prof. Grasset, in-8° de 295 pages, 1907. Alcan, édit. (Bibl. de philos. contemp.)

Le nouvel ouvrage du prof. Grasset, qui avait été annoncé et préparé par un article de la *Revue des Deux-Mondes* du 15 février 1906, nous paraît destiné à soulever les plus graves objections dans le monde aliéniste : c'est que le sujet en est d'un très grand intérêt actuel, et l'auteur, l'éminent clinicien de Montpellier. Déjà, M. Parant, en une critique courtoise, mais sévère, parue dans les *Ann. méd. psych.* de mai-juin 1906, s'était élevé avec énergie contre les conclusions de l'article de la *Revue des Deux-Mondes* ; mais M. Grasset maintient plus que jamais ses conclusions dans son livre et leur donne un large développement. Il faut donc s'attendre, puisque sa théorie ne tend à rien moins qu'à renverser toutes les doctrines psychiâtriques en cours, à une générale levée de boucliers. On ne trouvera ici, bien entendu, qu'une rapide analyse ; nous n'avons ni l'autorité, ni l'expérience nécessaires pour nous permettre une critique du prof. Grasset ; nous n'aurons pas l'impudence de donner notre personnelle opinion sur son ouvrage.

Tout d'abord, l'existence de la demi-folie est posée en principe dans l'introduction : les demi-fous ont existé de tout temps ; ils nous coudoient dans la rue ; mais tandis que les fous ont leur

place dans la société actuelle, celle des demi-fous n'est pas précisée ; on les juge mal ; certains d'entre eux ont une haute valeur sociale, d'autres sont des êtres nuisibles. Le but de l'auteur est d'abord de prouver l'existence médicale des demi-fous, ensuite d'établir leur valeur sociale, et, conséquemment d'étudier les droits et devoirs de la Société envers ces malades. C'est la question de la responsabilité atténuée, que M. Grasset identifie avec sa demi-responsabilité. C'est,dit-il une question exclusivement médicale.

Dans le chapitre Ier, M. Grasset établit l'existence des demi-fous en les montrant dans la littérature et au théâtre. Le grand nombre de héros de romans demi-fous, affirme-t-il, est une première preuve de leur présence dans la société, preuve *populaire*. Et il cite : le Don Quichotte de Richepin, Macbeth, Hamlet, de Shakespeare, les héros d'Ibsen, de Björnson, de Wagner, ceux de la littérature russe, le malade imaginaire de Molière, certains types de Balzac, Flaubert, Zola, H. Malot, P. Bourget, etc...

Le chapitre II est consacré à la réfutation des doctrines qui, selon M. Grasset, nient les demi-fous. Ces doctrines se ramènent à deux : 1° celle des deux blocs : on est fou ou on ne l'est pas ; l'humanité est divisée en deux groupes : ceux que l'on enferme et ceux qui enferment ; 2° celle du bloc unique : il n'y a que des gens plus ou moins raisonnables, c'est une question de degré, sans ligne de démarcation possible. M. Grasset réfute la doctrine des deux blocs en disant en substance : cette doctrine se base sur l'indivisibilité de la personne humaine, grâce à laquelle il ne peut y avoir de demi-altération. Mais. si la personne humaine est indivisible, dit M. Grasset, les organes psychiques sont multiples et complexes et peuvent être partiellement altérés. Il y a des centres psychiques supérieurs et inférieurs, dans des zones différentes, et il y a deux catégories de malades : les mentaux, qui sont des fous, et les psychiques ou demi-fous. Nous ne pouvons insister sur le développement, mais nous n'avons pas compris comment, la personne humaine étant une et indivisible, le cerveau humain, qui est son substratum, son organe, serait divisible ? Quelle force cachée, extra-humaine, établit donc cette unité ? On ne peut faire de l'âme, ou personnalité, quelque chose de différent de son organe, le cerveau. De plus, si l'on connaît un peu le siège des fonctions psycho-motrices, où est celui des fonctions psychiques supérieures ? le lobe frontal ? Mais où est la lésion préfrontale des délirants chroniques, des fous moraux, etc..., de tous les demi-fous de M. Grasset ?

Au sujet de la théorie du bloc unique, M. Grasset dit que pour ses partisans, l'humanité ne forme qu'un bloc, une série, allant du plus sensé au plus fou : « Alors, conclut-il, il n'y aurait pas

de demi-fous, *puisqu'il n'y a plus de fous, ou que tout le monde est fou à des degrés divers* ». Mais il nous semble que le fait d'admettre une série d'un point à un autre n'entraîne pas la négation de ces points : si l'on dit que, du raisonnable au fou, il y a une série d'intermédiaires, cela ne veut pas dire qu'il n'y a que des fous ou que des raisonnables ; si l'on dit que, du moins riche au plus riche, il y a des intermédiaires, cela ne veut pas dire qu'il n'y a plus de riches ou qu'il n'y a plus de pauvres. En second lieu, M. Grasset dit que l'édification de cette théorie repose sur cette idée que l'existence d'intermédiaires entre deux êtres prouve l'identité de ces deux êtres. « Non, répond-il, cela n'est pas plus exact que de dire que l'état de santé ne diffère pas de l'état de maladie parce qu'il y a des degrés de maladie ». C'est évident ; mais on n'a jamais dit cela, et les théories darwiniennes, qui établissent la filiation de l'homme au singe, ne signifient pas que l'homme est un singe. Si les deux points extrêmes de la série étaient identiques, il n'y aurait pas lieu d'admettre des intermédiaires !

Après avoir ainsi déblayé le terrain, M. Grasset tente une démonstration clinique de la demi-folie. Il rappelle d'abord Trélat, et accepte comme demi-fous tous ses « fous lucides ». Puis, d'après la neuroclinique moderne, il classe les demi-fous en 3 groupes ; sont demi-fous : 1° certains fous internés dans les asiles, c'est-à-dire tous les délirants partiels « avec qui l'on peut causer longuement sans rien observer que de la bizarrerie, jusqu'à ce qu'ils vous disent qu'ils sont empereurs ou persécutés par les loges... » ; 2° les périodiques, qui sortent de l'asile pour un temps et restent sous la menace d'une rechute ; 3° ceux qui ne sont jamais fous et restent demi-fous toute leur vie (excentriques, originaux, etc.)

Cette classification, dont M. Parant a déjà dit qu'elle ne correspond pas aux notions cliniques de la psychiâtrie, est suivie de l'analyse des symptômes de la demi-folie ; ils sont les mêmes que chez les fous, mais s'en distinguent par leur limitation plus grande et leur moindre durée. Ce sont : les illusions et hallucinations ; les obsessions ; les délires (!), idées de grandeurs, d'inventions, de ruine, de négation, de transformation, de persécution, de défense, mystiques, érotiques ; les impulsions (!) même homicides, les aboulies, les troubles de la cénesthésie, de l'idée du moi, du psychisme social, sexuel et familial. Puis, vient l'énumération des maladies dans lesquelles on trouve des demi-fous, en adoptant la classification de Régis : « On peut trouver des demi-fous à peu près dans chacun des types établis par les psychiâtres », dit M. Grasset. Ainsi, le délire systématisé secondaire qui se montre dans les manies chroniques, est de la demi-folie ! Certains confus mentaux sont des demi-fous; certaines psychoses systématisées progressives appartiennent à la demi-folie, jusqu'à ce que le

malade cherche la cause de ses maux en dehors de lui (n'est-ce pas un peu tard ?) ; les déséquilibrés, tous ceux qu'on a mis sur les frontières de la folie sont des demi-fous. Mais que d'objections nous paraît pouvoir soulever cette assertion ! De même, les dégénérés moyens, dangereux ou non, persécutés, processifs, etc., les fous moraux, certains imbéciles, épileptiques, hystériques, neurasthéniques. — La conclusion est que les demi-fous existent, et que chez eux, « il y a affaiblissement du psychisme supérieur, et hyperactivité fonctionnelle, *non contrôlée*, du psychisme inférieur. » Nous prenons la liberté de demander si cette définition du demi-fou ne pourrait pas s'appliquer à des fous complets car, du moment qu'il y a hyperactivité *non contrôlée* des fonctions du psychisme inférieur (impulsions par exemple), peut-on dire qu'un individu qui ne peut exercer ses facultés de contrôle n'est pas un aliéné ?

Dans le chapitre IV est établie la valeur sociale des demi-fous ; certains sont très actifs et peuvent rendre des services à la Société, être même très supérieurs. Comme preuve, M. Grasset énumère un grand nombre de penseurs et de prétendus génies, en relevant leurs tares psychiques (selon lui, leur demi-folie) : Socrate, Pascal, A. Comte, St-Simon, Tolstoï, de Maupassant, Villemain, J.J. Rousseau, Flaubert (épilepsie), Baudelaire, Musset, Montesquieu (qui agitait les pieds en travaillant), Cujas (qui travaillait couché), Bossuet (qui travaillait dans une chambre froide), Zola, Balzac, Hugo, Le Tasse, Nietzsche, E. Poë, Newton, Darwin (neurasthénie), Mozart (précoce), Beethoven (qui se lavait à l'eau froide), enfin un certain nombre d'épileptiques. La conclusion, c'est que le génie n'est pas une névrose, mais la névrose est la rançon du génie. « Donc, dit M. Grasset, certains demi-fous ont une haute valeur sociale, ce qui les distingue des fous ». S'il y a des demi-fous utiles, il en est de nuisibles. Quelle doit être la conduite de la société vis-à-vis d'eux ? Cette question est l'objet du chap. V.

La nocivité des demi-fous s'exerce soit par l'exercice régulier de leurs droits d'hommes libres (mariage, descendance), soit directement (délits et crimes). Au point de vue criminel, M. Grasset estime que les idées de Lombroso ont des rapports étroits avec la doctrine de la demi-folie. Mais il lui reproche d'avoir fait jouer à l'hérédité ancestrale un rôle exclusif. Il faut, dit M. Grasset, tenir compte de deux grands éléments : la morale et le milieu. Les crimes des demi-fous sont caractérisés par le fait que leurs auteurs passaient jusque-là pour normaux ; puis, un examen médical a montré des tares : telles sont les empoisonneuses, étudiées récemment par R. Charpentier. Mais alors, pourquoi M. Grasset constitue-t-il son 2e groupe de demi-fous avec d'anciens fous ? Ceux-là aussi commettent des crimes ! par quel moyen pourrons-nous distinguer les nuisibles des utiles ? M. Grasset ne le dit pas..

Dès lors, la société doit : 1° traiter les demi-fous, par un isolement spécial (services spéciaux d'hospices) ; 2° se garantir contre leurs méfaits. Cette prophylaxie doit être dirigée contre : l'hérédité, la contagion nerveuse, la mauvaise hygiène, les infections ou intoxications. Le médecin dirige cette lutte par la surveillance du mariage (M. Grasset conseille de provoquer une conférence des médecins des deux familles avant toute union) et celle de la formation de l'enfant et du citoyen ; éducation, surmenage à éviter, choix d'une carrière (agriculture pour les gros tarés). Ici, nous trouvons ces deux phrases : « le *mariage*, le célibat, la *vie religieuse*, ne font que du bien, s'ils sont une vocation ; le *service militaire* fait en général plutôt du bien aux prédisposés nerveux » ; (les mots soulignés le sont par l'auteur). Combien de psychiâtres considèrent au contraire la vocation monacale comme une tare ! Et la vie militaire, peut-elle fournir les éléments de la psychothérapie nécessaire aux demi-fous ? suivent quelques règles d'hygiène générale pour les prédisposés nerveux : pas de vie à outrance, d'arrivisme, etc...

Et nous arrivons à la partie la plus *grave* du livre ; les demi-fous devant la justice. La responsabilité ne doit pas être envisagée au point de vue philosophique, mais physiopathologique : le système nerveux est ou non en état d'intégrité, et l'individu peut ou non peser les motifs. Le médecin n'a pas à s'occuper de l'âme, dit M. Grasset. (Mais pourquoi donc ? puisque l'âme n'est que l'ensemble des fonctions du cerveau ? peut-on séparer un organe de ses fonctions ?) Et il ajoute : « Pour qu'un sujet soit médicalement responsable d'un acte, il suffit qu'il ait une saine notion de ce que permet ou défend la loi civile... » (Oh ! combien de fous, archi-fous, savent pourtant qu'il est défendu de tuer, de voler !) Le criterium de la responsabilité est l'intégrité des neurones psychiques. (Mais où sont ces neurones ? et comment sont-ils malades ? le savons-nous ?). Et cependant M. Grasset conclut que la responsabilité est fonction des neurones psychiques, et que le rôle de l'expert consiste uniquement à déterminer l'état et le fonctionnement des neurones psychiques (on avouera que c'est là une ingrate besogne dans l'état de la science). Il adopte, en l'adaptant aux demi-fous, la doctrine de Saleilles, qui concerne les fous. M. Grasset réfute ensuite les doctrines de ceux qui nient la responsabilité atténuée : il faut séparer la question médicale de la responsabilité atténuée de la conduite légale à tenir vis-à-vis des demi-responsables. La responsabilité atténuée (est-ce bien la demi-responsabilité ?) existe : elle est la conséquence de l'altération partielle des neurones psychiques (?). Dans l'examen de la conduite à tenir, M. Grasset déclare qu'il n'est pas partisan des peines raccourcies. Le demi-fou doit être mis en prison : *il comprend le gendarme* ! dans un quartier spécial de prison ou de mai-

son de santé, où le médecin intervient ; mais il faut que son traitement soit infligé comme une *peine*. Après avoir purgé cette condamnation, le demi-fou doit être *retenu*, quand il cesse d'être *détenu*, dans une maison spéciale, pour un temps illimité et soumis à l'appréciation médicale. Quant à l'autorité qui prononcerait la peine, M. Grasset se déclare incompétent pour le décider, mais ses préférences iraient à un jury technique exclusivement médical. La nouvelle loi sur les aliénés devrait contenir un titre spécial consacré aux demi-fous et à la responsabilité atténuée.

Enfin, le livre se termine par une réponse aux objections si judicieuses que Parant formula dans l'article cité plus haut (*Ann. méd. psych.*, mai-juin 1906). M. Grasset maintient cependant ses conclusions générales, que nous venons d'analyser. Quant à nous, trop respectueux pour oser émettre des critiques, nous attendrons avec confiance de nouvelles réfutations autorisées des doctrines de M. Grasset, que ne manquera pas de provoquer son ouvrage. E. COULONJOU.

VI. — *La neurasthénie génitale féminine*, par le Dr J. BATUAUD, in *Bibl. de la nutrition*, Maloine éd. 1906, 1 vol. de 260 pages.

Ces études avaient déjà paru, sous forme d'articles, dans la *Revue des maladies de la nutrition*, de 1903 à 1906. L'auteur se propose de démontrer que nombre d'affections génitales chez la femme ont des rapports avec la neurasthénie, soit qu'elles en dérivent, soit qu'elles la provoquent ; il définit la neurasthénie comme Huchard, la névrose *arthritique*, l'arthritisme étant sa caractéristique humorale. Tout d'abord, l'influence de la neurasthénie sur l'appareil utéro-ovarien est théoriquement rationnelle, car on sait que les ptoses viscérales sont la caractéristique anatomo-pathologique de l'arthritisme. Cette influence se traduit par des troubles de statique utérine (atonie de l'appareil suspenseur), l'instabilité utérine, et les rétrodéviations. Dans le traitement de la seconde, on doit pratiquer la gymnastique des abducteurs et des adducteurs, le massage de l'utérus ; pas d'immobilité ! Les rétrodéviations des nullipares sont dues en grande partie à la névrose, et souvent aussi celles des multipares ; il ne faut pas les opérer, mais faire un traitement gynécologique médical, la réduction manuelle (procédés de la bascule et du soulèvement), le massage utérin, le pessaire de Hodge-Bouilly. — Après les troubles de statique, M. Batuaud étudie les névralgies pelviennes, qui souvent reposent sur de petites lésions : le pronostic en devient favorable si on use du traitement médical : révulsion, dilatation du col, massage, traitement thermal (Néris), repos relatif, régime des dilatés et reconstituant, douches écossaises. (12 observations de sa pratique, suivies depuis 10 ans). Comme

troubles circulatoires et trophiques, il décrit: les congestions utéro-annexielles; les pseudo-métrites ; l'hypertrophie transitoire de l'utérus ; les adhérences pelviennes. — Il existe, par contre, une neurasthénie d'origine génitale ; il faut une tare névropathique, mais la névrose est bien plus souvent cause qu'effet; il existe surtout une neurasthénie post-opératoire (Picqué et Dagonet), à côté des psychoses de même origine ; puis, l'auteur consacre un chapitre à la *clinomanie* neurasthénique, s'observant chez les femmes qui ont une lésion génitale chronique et que Bouilly appelait les *endolories* ; ce sont toujours des phobiques de la douleur ou de la mort. Un dernier chapitre résume l'ouvrage et surtout la thérapeutique, en laquelle M. Batuaud a une grande confiance, grâce aux nombreux succès qu'elle lui a donnés dans sa pratique.

E. COULONJOU.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

Asiles privés faisant fonctions d'asiles publics, quartiers d'hospice et maisons particulières, avec les noms des médecins en chef et médecins adjoints et le nombre des internes.

AIN. — Pas d'asile public d'aliénés. — 2 asiles privés faisant fonctions d'asiles publics : 1° Asile St-Georges (hommes), à Bourg. Directeur-médecin, Dr Adam, 1 interne. — 2° Asile Ste-Madeleine (femmes), à Bourg. Médecin-chef, Dr Louis ; Médecin-adjoint, Dr Dupré ; pas d'interne.

AISNE. — Asile public de Prémontré. Médecin-directeur, Dr Pilleyre ; Médecin adjoint, Dr Gimbal ; 2 internes.

ALLIER. — Asile public de Ste-Catherine, près Moulins : Médecin-directeur, Dr Monestier ; Médecin adjoint, Dr Vernet ; 2 internes. — Colonie familiale d'Ainay-le-Château : Médecin-directeur, Dr Bonnet ; pas d'interne.

ALPES (BASSES-). — Pas d'asile.

ALPES (HAUTES-). — Pas d'asile.

ALPES-MARITIMES.— Pas d'asile public.— Asile privé St-Pons, faisant fonctions d'asile public : Médecin-chef, Dr Planat; Médecins adjoints, Drs Auby, Pietri; Cossa, médecin en chef inspecteur; pas d'interne.

ARDÈCHE. — Pas d'asile public. — 1 asile privé, Sainte-Marie-de-l'Assomption, faisant fonctions d'asile public : Médecin-chef, Dr X... ; Médecin-adjoint, Dr Daday ; 2 médecins suppléants : Drs Blache, Benoit (Pierre) ; pas d'interne.

Loire. — Pas d'asile.

Loire (Haute-). — Pas d'asile public. — 1 asile privé faisant fonctions d'asile public : Montredon : Médecin-chef, Dr Bonhomme; Médecins adjoints : Drs Abrial, Kœppelin ; pas d'interne.

Loire-Inférieure. — Pas d'asile public. — 1° Quartier d'hospice Saint-Jacques, à Nantes : Médecin-chef, Dr Biaute ; Médecin adjoint, Dr Houeix de la Brousse ; 2 internes. — 2° Maison de santé Francheteau : Directeur-médecin, Dr Fortineau ; pas d'interne.

Loiret. — Pas d'asile public. — Quartier d'hospice à Orléans : Médecin-chef, Dr Raynaud ; 2 internes.

Lot. — Pas d'asile public. — 1 asile privé faisant fonctions d'asile public : Leyme : Médecin-chef, Dr Briche ; Médecin adjoint : M. Arsimoles ; pas d'interne.

Lot-et-Garonne. — Pas d'asile public. — Quartier d'hospice à Agen : Médecin-chef, Dr Mahon ; pas d'interne.

Lozère. — Asile public de Saint-Alban : Médecin-directeur, Dr Nolé ; 2 internes.

Maine-et-Loire. — Asile public de Sainte-Gemmes, près d'Angers : Médecin-directeur, Dr Dubourdieu ; Médecin adjoint Dr Charpentier ; 2 internes.

Manche. — Pas d'asile public. — 3 asiles privés faisant fonctions d'asiles publics : 1° Pontorson : Médecin-chef, Dr François ; Médecin adjoint, Dr Bailleul ; pas d'interne.— 2° Picauville : Médecin-chef, Dr Viel ; Suppléant, Dr Bellée ; pas d'interne. — 3° Saint-Lô : Médecin-chef, Dr Lhomond ; pas d'interne.

Marne. — Asile public de Châlons-sur-Marne : Médecin-directeur, Dr Guyot ; Médecin adjoint, Dr Guiard ; 1 interne.

Marne (Haute-). — Asile public de Saint-Dizier : Médecin-directeur, Dr Chaussinand ; 2 internes.

Mayenne. — Asile public de Laroche-Gandon : Médecin-directeur, Dr Pain ; Médecin adjoint, Dr X... ; 1 interne.

Meurthe-et-Moselle. — 1° Asile public de Maréville : Directeur, M. Gruhier; Médecins-chefs, Drs Paris, Charuel, Lalanne ; Médecin adjoint, Dr Aubry ; 5 internes. — 2° Maison de santé de la Malgrange : Médecin-directeur, Dr Picard ; pas d'interne. — 3° Quartier d'hospice de Saint-Nicolas : Médecin-chef, Dr Dupré ; pas d'interne.

Meuse. — Asile public de Fains : Médecin-directeur, Dr Galopain ; Médecin adjoint, Dr Ricoux ; 3 internes.

Morbihan. — Asile public de Lesvellec : Médecin-directeur, Dr Croustel ; Médecin adjoint, Dr Bécue ; 1 interne.

Nièvre. — Asile public de la Charité : Médecin-directeur, Dr Levet ; Médecin adjoint, Dr Terrade ; 2 internes.

Nord. — 1° Asile public d'Armentières : Directeur, M. Gaspa ; Médecin-chef, Dr Chardon ; Médecins adjoints, Dr Raviart et Privat de Fortunié ; 2 internes. — 2° Asile public de Bailleul : Direc-

teur, M. Simonnet ; Médecins-chefs, Drs Chocreaux et Maupaté : Médecins adjoints, Dr Halberchtadt ; 2 internes. — 3° Asile privé faisant fonctions d'asile public : Lommelet : Médecin-chef, Dr Bouchaud ; Médecin adjoint, Dr Lecocq ; pas d'interne.

OISE. — Asile public de Clermont : Directeur, M. Mabille ; Médecins-chefs, Drs Boiteux, Thivet ; Médecins adjoints, Drs Roques de Fursac, Masselon ; 4 internes.

ORNE.—Asile public d'Alençon : Médecin-directeur, Dr Baruk ; Médecin adjoint, Dr Levassort ; 1 interne.

PAS-DE-CALAIS. — Asile public de Saint-Venant : Médecin-directeur, Dr Cortyl ; Médecin adjoint, Dr Damay ; 1 interne.

PUY-DE-DOME. — Pas d'asile public. — 1 asile privé faisant fonctions d'asile public : Sainte-Marie-de-l'Assomption : Médecin-chef, Dr Dubois ; Médecin adjoint, Dr Fouriaux (J.). ; 2 internes.

PYRÉNÉES (BASSES-). — Asile public de Saint-Luc : Médecin-directeur, Dr Girma ; Médecin adjoint, Dr Cornu ; 3 internes.

PYRÉNÉES (HAUTES-). — Pas d'asile.

PYRÉNÉES-ORIENTALES. — Pas d'asile.

RHIN (HAUT-). (Territoire de Belfort). — Pas d'asile.

RHÔNE. — 1° Asile public de Bron : Directeur, M. Sabail ; Médecins-chefs, Drs Rousset, Viallon ; Médecins adjoints, Drs Papillon Lépine, Dodero ; 5 internes. — 2° Asile privé faisant fonctions d'asile public : Saint-Jean-de-Dieu : Médecin-chef, Dr Devay ; Médecins adjoints, Drs Carrier, Martin ; pas d'interne. — 3° 4 maisons de santé : Saint-Vincent-de-Paul ; Médecin-chef directeur, Dr Carrier ; 2 internes. — Champ-Vert : Médecin-chef-directeur, Dr Rabattel ; 2 internes. — Vaugneray : Médecin-chef-directeur, Dr Serullaz ; pas d'interne. — Verbe-Incarné : Médecin-chef-directeur, Dr Bertoye ; pas d'interne.

SAÔNE (HAUTE-) et SAÔNE-ET-LOIRE. — Pas d'asile.

SARTHE. — Asile public du Mans : Directeur, M. Grisez ; Médecin-chef, Dr Bourdin ; 2 internes.

SAVOIE.— Asile public de Bassens : Directeur, M. X... ; Médecin en chef, Dr Dumaz ; Médecin adjoint, Dr X... ; 2 internes.

SAVOIE (HAUTE-). — Pas d'asile.

SEINE. — 1° Asile clinique : Directeur, M. Guillot ; Médecins en chefs, Drs Magnan, professeur A. Joffroy, Dubuisson, Dagonet, Vallon ; 2° Villejuif : Directeur, M. Monteil ; 5 médecins en chef, MM. Briand, Toulouse, Marie, Collin, Pactet. — 3° Bicêtre : Médecins-chefs, Drs Féré, Séglas, Chaslin, Nageotte ; Médecin-adjoint Dr Riche. — 4° Salpêtrière : Médecins-chefs, Drs Voisin, Charpentier, Deny ; Médecin adjoint, Dr Roubinowitch ; 43 internes pour tous les asiles de la Seine. — Ville-Evrard (en Seine-et-Oise) : Directeur, M. Sigismont-Lacroix ; 4 médecins en chef MM. Keraval, Legrain, Marandon de Montyel, Sérieux ; 5 internes en médecine, 3 en pharmacie. — 5° Charenton : Directeur, M. Dubranle ; 2 mé-

decins en chef, MM. Ritti et X...; Médecin-sup.: N... ; 4 internes.— 6° 12 maisons privées, 23 médecins en chef et 11 médecins adjoints; 6 internes (1).

SEINE-INFÉRIEURE. — 1° Asile public de Saint-Yon : Médecin-directeur : Dr Giraud ; Médecins adjoints : Drs Pochon, Brunet ; 3 internes, — 2° Asile public de Quatre-Mares : Médecin-directeur, Dr Lallemand ; Médecin-chef, Dr Thibaut ; 2 internes. — 3° Quartier d'hospice au Havre : Dr Caron ; 1 interne. — 4° Quartier d'hospice à Dieppe : Médecin-chef, Dr Hurpy ; Médecin adjoint, Dr Piquet ; 1 interne.

SEINE-ET-MARNE. — Pas d'asile.

SEINE-ET-OISE. — Maison-Blanche : Directeur, M. Michel ; 2 médecins en chef : MM. Boudrie et Lwoff ; 2 internes en médecine, 2 en pharmacie. — Vaucluse ; Directeur, M. Pichon : 3 médecins en chef: MM. Blin, Dupain et Vigouroux; 3 internes en médecine, 2 en pharmacie. — Ville-Evrard (Voir le département de la Seine).

SÈVRES (DEUX-). — Pas d'asile public. — La Providence (dépendance de l'hospice de Niort) : Médecin-chef, Dr Quinemant ; 1 interne.

SOMME. — Asile public de Dury-lès-Amiens : Médecin-directeur, Dr Charon ; Médecin adjoint, Dr Tissot ; 2 internes.

TARN.—Pas d'asile public.—1 asile privé public du Bon-Sauveur: Médecin-chef, Dr Pailhas ; Médecin adjoint, Dr Guy; pas d'interne.

TARN-ET-GARONNE. — Pas d'asile public. — Quartier d'hospice à Montauban : Médecin-directeur, Dr Periès ; 2 internes.

VAR. — Asile public de Pierrefeu : Médecin-chef, Dr Belletrud : Médecin adjoint, Dr Mercier ; 2 internes en médecine ; 1 interne en pharmacie.

VAUCLUSE. — Asile public de Mont-de Vergues : Directeur, M. Mougnet ; Médecin-chef, Dr Pichenot ; Médecins adjoints : Drs Rodiet, Dejean ; 4 internes.

VENDÉE. — Asile public de la Roche-sur-Yon : Médecin-directeur, Dr Cullerre ; 2 internes.

VIENNE. — Pas d'asile public. — Quartier d'hospice à Poitiers : Médecin-directeur, Dr Lagrange ; Médecin suppléant, M. Berlaud ; 1 interne.

VIENNE (HAUTE-). — Asile public de Naugeat : Médecin-directeur, Dr Deswarte ; Médecin adjoint, Dr Pasturel ; 3 internes.

VOSGES.—Pas d'asile public.— Une maison particulière dite Pensionnat de Mattaincourt : Dr Calbot ; pas d'interne.

YONNE. — Asile public d'Auxerre : Médecin-directeur, Dr Hamel ; Médecin adjoint, Dr Wahl ; 1 interne.

ALGÉRIE. — Pas d'asile.

(1) Fondation Vallée, annexe de Bicêtre ; médecin en chef, Dr Bourneville.

VARIA

L'enseignement des arriérés et des anormaux en Allemagne.

L'*Educateur Moderne* de février publie sous ce titre un travail très intéressant dont nous extrayons ce qui concerne les projets relatifs à Berlin.

« Chaque école comprendra six classes divisées en 3 degrés (petits, moyens, grands). De cette manière 2 années de scolarité seront consacrées à chaque degré. Le nombre d'heures de chaque classe sera de 20 dans le degré I. 24 dans le degré II, 28 dans le degré III. (Ce dernier paraît trop chargé). Chez les petits, il y aura au plan d'enseignement de l'école : La religion sera enseignée 3 heures par semaine. L'allemand, 5 heures dans les degrés I et II ; 6 heures dans le degré III. — Le calcul, 3 heures dans le degré I, 4 heures dans les deux autres. L'enseignement scientifique par l'aspect aura 6 heures dans le degré I, 4 heures dans le degré II, 3 heures dans le degré III. Le travail manuel sera enseigné 4 heures dans toutes les classes. Le chant et la gymnastique complèteront l'emploi du temps. Tel est le plan qui doit être suivi dans les Ecoles de Berlin.

« Veut-on savoir maintenant où en est l'Allemagne dans cet enseignement ? Il y avait en 1905, dans 150 villes allemandes, 230 Hilfsschulen avec 660 classes et 15,000 enfants.

« Rien que pour la Prusse, 76 villes avaient 143 écoles avec 385 classes et 8,207 élèves. Pour les instruire, on comptait un personnel enseignant de 317 instituteurs, 81 institutrices, 31 maîtresses techniques. D'autre part, on a établi qu'en 1901, 83 % des anormaux sortis des écoles avaient pu trouver un emploi ou faire un métier et gagner leur vie. D'après les derniers renseignements, ce chiffre serait inférieur à ceux qu'on obtient actuellement. Il y a donc en Allemagne un enseignement des arriérés qui se développe chaque année et qui donne déjà de bons résultats. L'état actuel est tout à fait encourageant pour l'avenir. »

La surveillance des aliénés.

Nous l'avons dit et nous le répétons, la législation qui régit la surveillance, des maisons d'aliénés nous paraît insuffisante. Des faits récemment portés devant les tribunaux, d'autres faits d'une haute gravité qui nous ont été confiés, nous semblent évidemment prouver cette insuffisance. Sans doute il est accordé aux magistrats toute latitude pour visiter les maisons d'aliénés; cette

visite leur est même recommandée ; mais nous savons, de source certaine, que les nombreuses et incessantes occupations des magistrats, dont le personnel est d'ailleurs trop souvent hors de proportion avec les travaux qui les surchargent, rendent ces inspections tellement rares qu'elles sont pour ainsi dire illusoires. Il nous semblerait donc utile de créer des inspections au moins semi-mensuelles, particulièrement affectées à la surveillance des maisons d'aliénés et composées d'un médecin et d'un magistrat, afin que les réclamations fussent soumises à un examen contradictoire. Sans doute, la justice ne fait jamais défaut lorsqu'elle est suffisamment édifiée ; mais combien de formalités, combien de difficultés pour qu'elle le soit, et surtout lorsque le malheureux qui a besoin d'implorer son appui, se trouvant dans un état de suspicion, d'isolement, de séquestration forcée n'a pas au dehors un ami pour prendre sa défense et réclamer, en son nom, auprès de l'autorité ! — N'appartient-il donc pas au pouvoir civil d'aller au devant de ces réclamations par une surveillance périodique fortement organisée ?

Et ce que nous disons des maisons d'aliénés doit s'appliquer plus impérieusement encore aux *couvents* de femmes, aux maisons habitées par des congrégations. Des griefs aussi très récents, très évidents et dont la France entière a retenti, ont malheureusement prouvé que la violence, que les séquestrations, que les traitements barbares, que les détournements de mineures, que l'emprisonnement illégal, accompagné de tortures, étaient des faits sinon fréquents, du moins possibles, dans les maisons religieuses. Il a fallu des hasards singuliers, d'audacieuses et cyniques brutalités, pour que ces détestables actions parvinssent à la connaissance du public. Combien d'autres victimes ont été et sont peut-être encore ensevelies dans ces grandes maisons silencieuses, où nul regard profane ne pénètre, et qui, de par les immunités du clergé, échappent à la surveillance du pouvoir civil ! — N'est-il pas déplorable que ces demeures ne soient pas soumises aussi à une inspection périodique, composée, si l'on veut, d'un aumônier, d'un magistrat, ou de quelque délégué de l'autorité municipale ?

S'il ne se passe rien que de licite, que d'humain, que de charitable, dans ces établissements qui ont tout le caractère et par conséquent encourent toute la responsabilité des établissements publics, pourquoi cette révolte, pourquoi cette indignation courroucée du parti prêtre, lorsqu'il s'agit de toucher à ce qu'il appelle ses franchises ? Il y a quelque chose au-dessus des constitutions délibérées et promulguées à Rome : — c'est la loi française, la loi commune à tous, qui accorde à tous protection, mais qui, en retour, impose à tous respect et obéissance. (Eugène SUE, *Le Juif errant*.)

Les aliénés en liberté

Dans l'après-midi d'hier, l'un des gardiens du cimetière Montmartre apercevait une femme qui, accroupie sur une tombe, semblait fouiller la terre de ses doigts. Intrigué par ce manège étrange, le gardien s'approcha et, soudain, recula épouvanté. Sur la terre remuée, retournée, gisaient, au milieu des planches de bois brisées, provenant de cercueils, les cadavres de trois petits enfants complètement dépourvus de suaires. Le premier émoi passé, le gardien interpella l'inconnue qui, toujours accroupie, serrait un cadavre entre ses mains, mais elle ne répondit aux questions qu'on lui posait que par des paroles incohérentes ; le gardien l'emmena de force jusqu'au bureau du conservateur. Mais les propos qu'elle tint ne laissèrent aucun doute sur son état mental. Comment avait-elle déterré les trois morts ? On ne put le savoir ; on croit qu'elle a dû pénétrer dans le cimetière nuitamment et retourner la terre avec une pioche. Toutefois, on sait que la démente se nomme Marie Paret, âgée de trente-cinq ans, domiciliée au Petit-Treuil ; son mari habiterait l'Allemagne. On suppose que cette malheureuse a perdu ses enfants successivement et qu'à la suite de ce malheur elle a perdu la raison. (*Liberté.*)

—Depuis plus de deux mois, un tailleur d'habits nommé Charles Despouy donnait des signes de dérangement cérébral. Il vivait à Cazarilh, petite commune de la vallée de la Barousse, dans sa famille, composée de son père, instituteur en retraite, de ses deux frères et de sa sœur, âgée de trente-cinq ans, ancienne institutrice en Savoie. Son état ne paraissait pas dangereux et il avait été laissé libre de ses mouvements.

Or, avant-hier soir, sans que rien eût annoncé un accès, il prit un rasoir et coupa la gorge de sa sœur qui venait de se mettre au lit ; la pauvre fille eut l'artère carotide tranchée net ; il essaya ensuite d'assommer son frère cadet à coups de bâton ferré. Le frère aîné arriva sur ces entrefaits et eut grand'peine à maîtriser le fou, qui était devenu furieux, et à le maintenir jusqu'à l'arrivée des voisins attirés par les cris et le bruit de la lutte. Charles Despouy a été conduit à l'hôpital de Tarbes où il a été mis en observation. Il est redevenu absolument calme. Il semble n'avoir gardé aucun souvenir de son crime. (*Liberté*).

Dix-septième congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française (Genève-Lausanne, août 1907.)

Le XVII[e] congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra cette année à

Genève et à Lausanne, du 1er au 7 août, sous la présidence de M. le professeur Prevost, de Genève.

I. *Rapports et discussions sur les questions choisies par le congrès de Lille*: *a*) Psychiatrie. — Les psychoses périodiques. Rapporteur : M. le Dr Antheaume, de Paris. *b*) Neurologie. — Définition et nature de l'hystérie. Rapporteurs : M. le Dr Claude, de Paris. M. le Dr Schnyder, de Berne. *c*) Médecine légale. — L'expertise médico-légale et la question de responsabilité. Rapporteur : M. le Dr Gilbert Ballet, de Paris.

II. — *Communications originales sur des sujets de psychiatrie et de neurologie.*— Présentations de malades, de pièces anatomiques et de coupes histologiques. Une séance sera réservée aux démonstrations avec projections lumineuses. Les adhérents qui auront des communications à faire devront en envoyer les titres et les résumés au secrétaire général avant le 1er juillet.

III. *Visite des asiles d'aliénés de Bel-Air, Céry, Marsens.*

Les séances auront lieu à Genève, les jeudi 1er, vendredi 2. et samedi 3 août et à Lausanne, le lundi 5 août. Le dimanche 4 ne comportera aucune réunion officielle. Le Comité a été informé que des invitations seraient envoyées pour ce jour-là aux congressistes pour les stations francaises de Divonne-les-Bains (Ain) et Evian-les-Bains (Hte Savoie), l'une et l'autre peu distantes de Genève et de Lausanne. Pour les deux derniers jours du Congrès, mardi 6 et mercredi 7 août, des excursions seront organisées à Montreux, Territet, Glion, Caux, les Rochers de Naye, la Gruyère, etc. Un programme détaillé des travaux et des excursions sera envoyé ultérieurement à tous les membres adhérents.

Le Congrès comprend : 1° des membres adhérents ; 2° des membres associés (dames, membres de la famille, étudiants en médecine) présentés par un membre adhérent. Les asiles d'aliénés inscrits au Congrès sont considérés comme membres adhérents. Le prix de cotisation est de 20 francs pour les membres adhérents, de 10 francs pour les membres associés. Les membres adhérents recevront avant l'ouverture du congrès les trois rapports, après le Congrès, le volume des compte-rendus. Les médecins de toutes nationalités peuvent adhérer à ce Congrès, mais les communications et discussions ne peuvent être faites qu'en langue française. Des réductions de tarif seront très vraisemblablement accordées par les Compagnies françaises de chemin de fer. Les membres du Congrès seront invités ultérieurement à faire connaître l'itinéraire qu'ils suivront pour se rendre à Genève. Prière d'adresser les adhésions et cotisations et toutes communications ou demandes de renseignements au Dr Long, 6, rue Constantin, Genève.

FAITS DIVERS

ASILES D'ALIÉNÉS. *Mouvement de février* 1906. — M. le Dr DAMOYE, médecin-adjoint à l'asile de Bassens (Savoie), nommé médecin-adjoint à l'asile d'aliénés de Saint-Venant (Pas-de-Calais). MM. les Drs TOULOUSE, médecin en chef à l'asile de Villejuif; SÉRIEUX, médecin en chef à Ville-Evrard, PACTET, médecin en chef à Villejuif, DAGONET, médecin en chef à l'Asile clinique (Sainte-Anne), promus à la classe exceptionnelle du cadre. — M. le Dr ANGLADE, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Château-Picon (Gironde) est promu à la 1re classe du cadre.— M. le Dr PRIVAT de FORTUNIÉ, médecin-adjoint à l'asile d'Armentières (Nord), est promu à la 1re classe du cadre.— M. le Dr CAPGRAS, médecin-adjoint de la colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher) promu à la classe exceptionnelle du cadre. — M. le Dr MERCIER, médecin-adjoint à l'asile d'aliénés de Pierrefeu (Var) promu à la classe exceptionnelle du cadre.

Distinctions honorifiques. — M. le Dr PICHENOT, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Montdevergués (Vaucluse), est nommé officier d'Académie.

ASILE D'ALIÉNÉS DE NAUGEAT. *Poste vacant d'élève interne.* — Un poste d'élève interne en médecine est actuellement vacant à l'asile d'aliénés de Naugeat (Haute-Vienne). Les élèves-internes reçoivent à l'asile un traitement annuel de 800 francs ; les avantages en nature comportent la nourriture, le logement, le chauffage, l'éclairage et le blanchissage. Il y a deux élèves internes à l'établissement. Adresser au directeur-médecin une demande de nomination accompagnée : 1° d'un certificat constatant que le candidat a au moins 10 inscriptions ; 2° un certificat de moralité.

ASILE PUBLIC D'ALIÉNÉES DE SAINT-YON. — *Concours pour la nomination de deux internes en médecine.* — Le lundi 11 mars 1907, à 10 heures du matin il sera ouvert, à l'école de médecine de Rouen, un concours public pour la nomination de deux internes en médecine. Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine-Inférieure, 3e division, 8 jours au moins avant l'ouverture du concours. On peut se faire inscrire par correspondance, en envoyant toutes les pièces exigées.

Conditions de l'admission au concours et formalités à remplir. — Pourront prendre part au concours tous les docteurs ou étudiants en médecine, âgés de moins de 30 ans révolus le jour de l'ouverture du concours et pourvus d'au moins 10 inscriptions de doctorat. Chaque candidat devra produire : 1° un certificat d'inscription ; 2° livret militaire ou certificat attestant qu'il a satisfait à la loi sur le recrutement ; 3° un extrait du casier judiciaire. Toute

demande d'inscription faite après l'époque fixée par l'affiche pour la clôture de la liste ne sera pas accueillie.

Les épreuves du concours sont réglées comme suit : 1° épreuve écrite de trois heures sur un sujet d'anatomie et de pathologie interne ou externe ; 2° épreuve orale de quinze minutes après quinze minutes de réflexion sur un sujet d'anatomie et de pathologie interne ou externe. Le maximum de points à attribuer à chaque épreuve est de : pour l'épreuve écrite 30 points ; pour l'épreuve orale 20 points. Les candidats déclarés admis entreront en fonctions dès que leurs nominations auront été faites par M. le Préfet.

La durée des fonctions est de trois ans, mais peut être prolongée par décision préfectorale ; ils recevront, outre le logement, le chauffage, l'éclairage, le blanchissage et la nourriture dans les proportions déterminées par le règlement, une indemnité annuelle de 800 francs pour la première année, 900 francs la seconde, 1000 francs la 3e, 1100 francs pour la 4e en cas de prorogation. Les internes docteurs recevront une indemnité annuelle, de 1200 francs. — N. B. Ordre des épreuves : 1° épreuve orale ; 2° épreuve écrite.

HOSPICE DE BICÊTRE (*Fondation Vallée*). — M. BOURNEVILLE. *Visite* du service (gymnastique, travail manuel, écoles et présentation de malades), le samedi à 10 h. très précises. *Consultations médico-pédagogiques*, gratuites pour les enfants *indigents* atteints de *maladies du système nerveux*, le jeudi à 9 h. 1/2. — On peut se rendre à la Fondation par les tramways de Montrouge, par les tramways de la Porte d'Orléans à Vincennes (Métropolitain) ; *arrêt* route de l'Hay. La Fondation est à 500 mètres de cet Arrêt.

MAISON NATIONALE DE CHARENTON. — Une place de médecin en chef étant vacante à la maison nationale de Charenton, les médecins en chef d'asiles publics d'aliénés qui désirent poser leur candidature à ce poste, devront faire parvenir au ministère de l'Intérieur (direction de l'Assistance et de l'hygiène publiques) avant le 1er mars 1907, leur demande accompagnée de la justification de leurs titres scientifiques. *La résidence effective dans l'établissement est obligatoire pour le médecin en chef.* Il s'agit du remplacement de M. le Dr Antheaume, nommé médecin honoraire.

UN SOLDAT EX-ALIÉNÉ ACQUITTÉ.— D'après une dépêche de Châlons-sur-Marne du 30 octobre, le conseil de guerre du 6e corps a acquitté aujourd'hui le soldat B..., du 151e d'infanterie, à Verdun inculpé de voies de fait envers un supérieur. Le 23 août, étant ivre, B... avait porté à son caporal, à trois reprises, des coups de poing et des coups de tête. L..., ayant été *enfermé dans un asile de fous* à l'âge de treize ans, et l'examen médical auquel il fut soumis par l'autorité militaire concluant à une responsalité très atténuée, le ministère public a abandonné l'accusation à l'audience. Rappelons à ce propos que notre ami le Dr Dieu, ancien directeur du service de santé, conseillait de réformer tous les conscrits de ce genre, c'est-à-dire ayant été aliénés.

Errata.— Le livre dont M. le Dr Coulonjou a fait l'analyse dans le dernier n° des *Archives* (p. 83) est non pas de M. Sano, mais du Dr Sand. — Autre correction à faire, dans l'analyse du livre du Dr Forel. Page 80, à la 4e ligne du second paragraphe, il faut lire, «... des impressions de nos sens *en grammes*.»

Nécrologie. — Nous apprenons avec regret la mort de M. Paul J. Mobius, ancien privat docent de neurologie à la Faculté de médecine de Leipzig. Il avait publié d'intéressants ouvrages de critique médicale historique sur J.-J. Rousseau, sur Gœthe, Schopenhauer, Nietzsche. En 1905 parut une importante étude sur la vie et les travaux de F.-J. Gall. La même année, à la Faculté de Médecine de Lyon, le docteur Létang avait présenté une excellente thèse sur le même sujet.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

gie, qu'en fixant du regard le tendon d'un muscle contracturé, chez une hystérique, et *à l'insu de la malade*, on pouvait faire disparaître la contracture. Une assertion aussi stupéfiante ne pouvait manquer de soulever des objections et, pour en maintenir l'essentiel, il fallait faire des concessions; mais sur quoi ? Le choix de l'auteur ne fut pas heureux, malgré des avertissements antérieurs : l'essentiel, ce fut « à l'insu de la malade », et les concessions, car les déclarations de l'auteur ont nettement ce caractère, portèrent sur le mode d'action du regard : le regard n'avait pas d'action spéciale autre que celle de la lumière probablement réfléchie par les globes oculaires de l'expérimentateur ; — des yeux de verre auraient sûrement le même effet ; — la contracture et la décontracture des muscles pouvaient être produites, chez l'hystérique hypnotisée, et toujours à l'insu de la malade, par des actions diverses témoignant toutes « d'une excessive impressionnabilité » (1882, p. 172) : chaleur du corps, des mains, du visage de l'expérimentateur, froid, vent d'un soufflet capillaire, son produit au voisinage du muscle par la percussion sur un verre, etc.

Une commission fut nommée (MM. Pouchet et Javal), qui ne put « constater aucune relation entre les mouvements de la malade et la position des yeux de l'observateur. » Dans le procès-verbal des expériences de contrôle, Pouchet s'exprima en véritable précurseur de la psychologie contemporaine, tout en s'excusant de la difficulté de l'exposition de « choses si peu étudiées. » « Dans les malades comme celle qui a été soumise à notre examen.., il suffit d'admettre une sorte de dédoublement plus ou moins complet de ce que nous appellerons la personnalité ou la conscience... pour expliquer de la façon la plus nette les résultats des expériences pratiquées devant nous ou par nous-mêmes... Tout ce qui s'est passé autour de la malade n'aura laissé à sa mémoire aucune notion coordonnée dans le temps ou dans l'espace... mais les impressions étaient perçues et devenaient le point de départ d'actes voulus, vaguement voulus si l'on veut, plus ou moins pénibles, incertains dans l'exécution. Tout s'est passé comme si nous avions été en présence d'un être faible d'intelligence, de mauvaise foi, manifestant très bien quand il sait ce qu'on veut de lui, tâtonnant et donnant la moitié du temps à côté quand il ne sait pas au juste, demeurant tranquille dès qu'on ne s'occupe plus de lui. » (1882, séance du 4 mars p. 166 à 169.)

Ce sage avertissement, qui aurait pu éviter à Dumontpallier et à ses acolytes la plupart des lourdes bévues qu'il commirent dans la suite, ne fut naturellement pas écouté : D. négligea la question primordiale de la persistance de la conscience, de la connaissance temporaire, par le sujet, des résultats qu'il est question d'obtenir, et s'en tint à ses conclusions antérieures sur le pouvoir « direct ou médiat » du regard et de certaines autres actions : froid, électri-

cité, etc. Les communications suivantes dénotent toutes la même absence d'esprit critique ; voici l'indication des observations se rapportant à la question de l'indépendance des hémisphères, qu'il souleva et résolut la même année par l'affirmative :

Séance du 25 *févr.* (p. 139, 140). Hémianesthésique sensitivo-sensorielle : « L'achromatopsie passe de droite à gauche ou de g. à d. aux différents temps de l'expérience ; de même la sensibilité spéciale des organes de l'odorat et du goût. »

Séance du 3 *juin* (p. 393 à 397). Léthargie artificielle pour le membre inférieur droit et le membre inférieur gauche. « De même pour les états cataleptique et somnambulique.... La malade étant réveillée, nous constatons qu'elle ne distingue aucun objet de l'O. G. et ne sent pas la pression sur le membre supérieur gauche. » Le lendemain, après transfert par des plaques métalliques, l'O. G. était devenu sensible, à l'exclusion de l'O. D. : « Le cerveau droit se trouvait donc dans les conditions où était le cerveau gauche. L'action des plaques métalliques avait transféré d'un côté à l'autre l'activité cérébrale et l'hypnotisme avait rendu manifeste cette activité cérébrale unilatérale ».

Séance du 8 *juillet* (voir l'index). Un bandeau est placé sur l'O. G. ; le regard n'est dirigé que sur l'O. D. : « le côté droit, seul hypnotisé, présente donc seul les diverses manifestations des périodes léthargique, cataleptique et somnambulique. Le côté gauche est en résolution complète ». Mais si, le bandeau restant en place, « l'expérimentateur fixe simultanément les deux yeux du sujet,.. *l'action du regard* est entière sur l'œil libre et ouvert ; elle *est amoindrie sur l'œil recouvert* par le bandeau. Alors on constate que l'excitation cérébrale croisée est en rapport avec le degré de la cause excitante rétinienne, ce qui est démontré par les différents degrés des manifestations léthargique, cataleptique et somnambulique observées de chaque côté du corps. » p. 520). D., on l'a vu, admettait que le regard agissait d'une manière indéterminée, à l'insu du sujet.

Séance du 16 *décembre* (voir l'index). C'est dans cette séance que fut communiquée la fameuse observation du sujet dont chaque moitié de la face présentait une mimique spéciale en rapport avec les suggestions faites par les organes du même côté (récits agréable et terrifiant; attitudes différentes, (geste du baiser, geste de la peur) imprimées aux membres supérieurs ; illusions et hallucinations olfactives ou gustatives unilatérales et opposées etc.) « La malade est dans la période somnambulique »; on ferme l'oreille droite et on décrit à l'oreille gauche « un tableau champêtre » : elle continue la description. En même temps on décrit à l'oreille droite « une scène de chasse au sanglier... La malade est effrayée : Assez, *dit-elle*, cela *me* fait horreur, et son visage exprime du côté droit la frayeur et du côté gauche la satisfaction. »

Nous ne rapporterons pas d'autres expériences; toutes ont été citées fréquemment et reproduites dans la thèse de Bérillon (1884). Séglas (1903) a surabondamment démontré la fausseté absolue de l'interprétation qui voit dans leurs résultats des effets de l'indépendance même relative des hémisphères cérébraux ; elles n'ont à ce sujet pas plus de valeur que les hallucinations unilatérales et antagonistes, malgré l'adjonction de phénomènes somatiques dimidiés. On remarquera d'ailleurs que la malade *parlait* pour les deux hallucinations et exprimait la conservation du sentiment de sa personnalité. D. dit en outre (1882, note de la p. 788) : « Chez les 2 malades hystériques qui sont les sujets de ces expériences, la sensibilité est répartie d'une façon opposée pour les deux régions sus et sous-ombilicales du corps. Il en résulte que tous les phénomènes des différentes périodes de l'hypnotisme sont opposés pour les régions sus et sous-ombilicales ; mais... nous ne mentionnerons que les résultats constatés sur les membres supérieurs, la face et les organes des sens. »

On a déjà remarqué que les faits qui s'opposent à l'indépendance fonctionnnelle n'étaient pas encore connus en 1884 (Ribot, 1884 ; Berillon, 1884 etc.). Bien plus tard encore (1901), on verra des expérimentateurs poser en principe que l'occlusion de l'œil gauche exclut l'hémisphère droit de toute participation à la vision, ou bien admettre implicitement un effet équivalent.

La thèse de Bérillon (Paris 1884) représente le travail le plus important qui ait paru jusqu'ici sur la question ; celle-ci y est résolue affirmativement d'après les expériences de Dumontpallier, mais la plus grande partie du mémoire est employée à rechercher si ces expériences ne seraient pas en désaccord par quelque côté « avec les données actuellement acquises dans chacune des diverses branches des sciences biologiques ». Les arguments, tirés successivement de l'anatomie, de la physiologie, de la thermométrie cérébrale, etc., sont tels qu'on se les représente en se reportant à la date du travail. Parmi les plus intéressants : l'absence de corps calleux demeurée latente (p. 23 à 26) ; — l'indépendance de la circulation *artérielle* des deux hémisphères (p. 27) ; — des observations de G. Delaunay, d'après lesquelles les Primates, Carnivores, Ongulés, la majorité des Oiseaux seraient droitiers ; — les expériences d'ablation d'un hémisphère chez diverses espèces ; — les suppléances cérébrales ; — les atrophies cérébrales unilatérales ; — les hallucinations unilatérales ; — la « double vie du somnambulisme » et les manifestations spirites « montrant la coexistence, au même instant, dans le même individu, de deux pensées, de deux volontés. de deux actions distinctes, l'une dont il a la conscience, l'autre dont il n'a pas conscience » ; — les rêves ; — les « faits d'attention multiple ». Aucun de ces arguments ne paraît aujourd'hui probant, et quelques-uns paraissent difficiles à accorder, mais leur

nombre et leur variété, tels que dans la suite on n'en trouva guère de nouveaux, forment aujourd'hui présomption contre la thèse de l'indépendance.

Myers (1885, cité d'après P. Janet, 1894) rapprocha le développement de deux consciences parallèles, observé par lui chez les médiums et dans l'hypnotisme, de la dualité et des différences physiologiques des hémisphères cérébraux. Supposant que dans les cas d'agraphie ou d'aphasie par lésion de l'hémisphère gauche, « la restauration du langage et de l'écriture, quand elle a lieu, s'opère grâce à une suppléance de l'hémisphère droit », il rattache l'écriture automatique des médiums à « une action obscure de l'hémisphère le moins utilisé. » Cette théorie et celles qui s'y rattachent (attribution de chaque personnalité ou état de conscience à l'un des hémisphères, etc.) ont été facilement réduites à néant par P. Janet (1894, p. 415 à 419).

Entre temps, la question du dualisme cérébral et des rapports de chaque hémisphère avec les deux moitiés du corps était abordée à différents points de vue par les physiologistes, les médecins et les psychiatres. L'année même où Dumontpallier communiquait ses expériences à la Société de Biologie, Brown-Séquard (1882) entretenait cette Société des faits démontrant la multiplicité et la complexité des voies de communication. On trouvera dans l'important travail de Ch. Féré sur l'alternance d'activité des deux hémisphères (1902) l'indication de quelques-uns des travaux faits sur le dualisme cérébral depuis Wigan. On peut ajouter à cette liste ceux de Biervliet (1897, 1899, 1901) sur l'asymétrie sensorielle et motrice de l'homme, de Séglas (1901) sur les hallucinations unilatérales et des revues générales sur les connexions bilatérales des hémisphères: Grasset, 1905; voir aussi Wertheimer : article *Bulbe* in *Dict. de* Ch. Richet.

Les deux théories de Dumontpallier et de Myers respectent l'unité fondamentale de la conscience ; de plus, comme elles n'admettent pas la duplicité complète de l'homme, et ne prennent en considération que le dualisme des hémisphères, elles échappent en grande partie aux objections tenues en réserve par la systématique. Cette dernière, avons-nous vu, était d'ailleurs infiniment moins avancée que de nos jours. En troisième lieu, ce dualisme d'action n'était pas continuel, mais supposé tel que, à certains moments, un hémisphère fournirait certains des éléments d'un état de conscience, et l'autre certains autres, chose, en somme, assez vraisemblable, même si on la suppose se prolongeant un certain temps ; les deux théories admettent aussi que les données de chaque hémisphère peuvent occuper seules le champ de la conscience pendant un certain temps, tout en laissant parmi les actes subconscients les associations histologiques intracorticales résultant de certaines manifestations extérieures, telles que la mimique

Du reste, à ce point de vue, les critiques de Pouchet, puis celles de Binet et Janet, puis les connaissances nouvelles dues à Dejerine, à ses élèves, à Monakow, Flechsig, Bechterew, sur la systématique, ont depuis longtemps fait la part définitive de ce qu'il y a à prendre et à laisser dans les nombreuses théories qui concernent plus ou moins le dualisme cérébral. Remarquons enfin que toutes ces hypothèses se limitaient à l'homme et, par là encore, échappaient aux objections que l'on pouvait leur faire d'après la physiologie, par exemple d'après les expériences bien connues de Brown-Séquard, démontrant que chez tous les Mammifères étudiés (singe, chien, lapin, etc.) chaque hémisphère était relié par des voies multiples aux noyaux bulbaires ou médullaires des quatre membres, des deux moitiés du tronc et de la face, et de tous les appareils viscéraux (1882).

La théorie nouvelle de M. C. Sabatier (1907) concerne au contraire tous les Artiozoaires et étend le dualisme à l'organisme entier et à la conscience ; de cette conscience double fondamentale elle fait sortir une conscience simple. Pour réaliser cet étonnant tour de force, l'Auteur n'apporte aucune considération psychologique nouvelle et a mis son amour-propre à se restreindre aux seuls arguments tour à tour produits et détruits par ses prédécesseurs. Son originalité consiste encore à avoir introduit dans la psychologie des faits découverts depuis longtemps par les zoologues et les embryologistes, mais qui attendaient encore leur explication.

Système ! dira-t-on peut être, synthèse hardie, ingénieuse sans doute ; mais que faire d'un nouveau système ? Non : en maint passage, l'Auteur stigmatise en sincère positiviste les « faiseurs de syllogismes » et les « coups de la métaphysique » ; et s'il apporte une solution à certaines questions « éternellement discutées », c'est « aux faits expérimentaux et logiquement déduits » qu'il affirme la devoir. Sous son faible volume, son livre est plus qu'un système, mieux qu'une théorie : ce qu'il est, il ne pouvait pas ne pas l'être, et l'Auteur le reconnaît bien : « toute une philosophie » (p. 85), capable, à son tour, de servir de base à « un édifice immense de morale, de droit et de politique » (p. 84).

Mais c'est surtout aux biologistes que l'ouvrage est destiné ; c'est eux d'abord qu'il veut convaincre : il est en effet précédé d'une préface où le Dr J. E. Abelous,

professeur de physiologie à l'Université de Toulouse, membre du Conseil supérieur de l'Instruction publique, s'est porté garant de la valeur scientifique de la philosophie nouvelle, en a même précisé certains points d'importance secondaire et comblé quelques lacunes.

Avant de parcourir les *fondements biologiques* (I) du « duplicisme », — c'est le nom proposé, — et d'examiner successivement sa *valeur psychologique* (II) et ses *applications* (III), il est bon d'en faire connaître les points principaux afin de pouvoir au besoin abandonner le plan suivi par l'Auteur et comparer entre elles des parties éloignées les unes des autres et sans rapports apparents.

« L'homme est double », c'est-à-dire comme tout Artiozoaire, formé de *deux individus*, les « co-êtres », conjugués en vue d'une existence commune, mais indépendants l'un de l'autre non seulement pour le fonctionnement physiologique, mais encore et surtout pour la vie psychologique : chacun d'eux, en effet, à sa conscience, sa sensibilité, sa mémoire, son expérience et jusqu'à sa raison particulière, mais reste soumis à la fatalité la plus absolue, à l'impulsion de ses instincts ; chacun d'eux, d'autre part, accapare la moitié du système nerveux, la moitié de tout l'organisme, l'un des organes pairs, la moitié des organes impairs etc. Chez tous les animaux, chez l'enfant, chez l'hypnotisé dans certains cas pathologiques et chez les sujets arrêtés de bonne heure dans leur développement intellectuel, la vie psychique est tout entière fonction des co-êtres ; mais chez l'homme normal, apparaît un principe supérieur qui à la vie des co-êtres, à la conscience double fait succéder la conscience unique, la Raison supérieure, la Volonté libre de l'Etre complet. En effet, les co-êtres « ne sont égaux et semblables en rien » leurs tendances, appétits, instincts sont opposés ; mais, la synergie, qui leur est pourtant imposée par la nécessité de vivre, leur impose à son tour un *modus vivendi*, une délibération continuelle sur « le point de savoir, par exemple, en quelle mesure la satisfaction accordée aux motifs actuels pourra concilier, d'abord les motifs actuels entre eux, puis avec la loi de l'être vivant » (p. 106), et sur d'autres points connexes. C'est dans cette délibération, secondaire elle-même à l'entente des co-êtres, que prend naissance le Moi unique

qu'on a eu le tort d'envisager seul jusqu'ici. Nous verrons par quel processus il succède aux co-êtres, se substitue à eux, superpose entièrement ou partiellement sa conscience aux leurs, ou enfin s'ajoute simplement, avec ou sans soudure des états de conscience: les hypothèses ne manquent pas. Le Moi qui prend en main la vie psychique et lui donne le caractère de l'unité de conscience— à l'état normal —, a naturellement des attributs supérieurs à ceux des co-êtres : le plus important, c'est celui dont la conscience elle-même ne permet pas de douter : la liberté. Or, si le déterminisme ne peut se concilier avec la liberté, le duplicisme « l'explique » tout naturellement : le Moi supérieur étant distinct des co-êtres, les instincts, les motifs, qui font à eux seuls agir ces derniers, n'ont pas prise sur lui et le laissent choisir librement, mettre en jeu sa raison, et sa raison seule.

Passons aux applications : la délibération des co-êtres est la même chez tous les hommes ; identique aussi l'autonomie de la « Personne » ou être complet ; identique, en général, le but de la délibération et des efforts libres de la Personne libre sur le milieu : c'est-à-dire l'activité extérieure coordonnée, le travail, la lutte contre ce milieu ; identiques enfin les notions de bien et de mal. Donc dans le duplicisme, la conscience, au lieu d'être « mobile et fugace », comme la conscience [proprement dite] du déterminisme (*sic*) contient, en véritable conscience [morale] des données stables, communes à tous les hommes, accessibles à l'introspection et immédiatement généralisables à l'ensemble de l'humanité, tandis que dans la philosophie déterministe, elle n'a qu'une valeur très restreinte et même nulle pour les sciences sociales.

Enfin cette introspection généralisée ou « intuduction » devient elle-même une preuve *a posteriori* de la théorie, car elle proclame « la liberté, l'universalité des notions de bien et de mal, » et « d'une règle de justice avec responsabilité de l'homme c'est-à-dire avec sanction ... la puissance de la Raison, et la majesté du Travail », toutes choses indéniables, affirmées par le Bon sens, mais que pourtant la « philosophie déterministe » n'était pas parvenue à comprendre et à expliquer.

I. — FONDEMENTS BIOLOGIQUES

A. PHYLOGÉNÈSE. — A une certaine époque de l'évolution phylogénique, « le système de deux *individus* longitudinalement accolés en vue d'une existence conjuguée s'est substitué au régime des rayonnés où l'on voit plusieurs individus disposés en rayons vivre déjà d'une existence conjuguée. » (p. 22 et 23). « On voit la dualité organique... se substituer, à un certain stade, à l'unité primitive de l'amibe ... » (p. 7.)

Les seuls animaux simples seraient donc ceux qui manquent de toute symétrie : sans remarquer que chacun des « individus », chaque « animal particulier » (p. 52) composant un Rayonné présente souvent lui-même une symétrie bilatérale aussi accusée que celle d'un Mammifère, l'Auteur considère la symétrie bilatérale comme l'indice constant de la bi-individualité : là est l'erreur fondamentale de sa théorie.Cette symétrie est,en effet,commune et essentielle à tous les êtres dont les fonctions se sont polarisées : à la cellule glandulaire à double sécrétion, à la cellule musculaire dont la contraction doit agir dans une direction donnée, à la cellule nerveuse, quand le champ où elle recueille des excitations est distinct et éloigné de celui auquel elle en transmet : tel est le cas de la cellule pyramidale, etc.

Quant aux organismes, l'Auteur est inexcusable d'avoir ignoré que tous les zoologistes assignent aux Phytozoaires et aux Artiozoaires des formes ancestrales communes « simples, analogues, à une blastula, puis à une gastrula » (CARLET, 1896, p. 127) c'est-à-dire à peu près sphérique à l'état adulte, quoique la symétrie bilatérale prédominât toujours dans le cours du développement;ces formes étaient aptes par conséquent à acquérir dans la suite l'une ou l'autre symétrie et celle-ci fut commandée avant tout par la fonction dont dérivent toutes celles par lesquelles l'animal agit sur le milieu : la locomotion. Chez les formes primitivement fixes, ou devenues ultérieurement capables de se déplacer indifféremment dans tous les sens (Spongiaires, Cœlentères, Échinodermes), « toute la surface des parois latérales du corps se trouve avec le milieu extérieur dans des conditions identiques... il n'y a pas, en général, de raison pour que l'accroissement se fasse plus en un point qu'à un autre. Il n'y a donc pas de partie antérieure ni de

partie postérieure. Il peut ne pas y avoir de symétrie, ou bien il y a symétrie par rapport à un axe ; ou encore, dans le cas d'une irrégularité dans le développement des parties,... il y a symétrie rayonnée. » (Id., *ibid.*, p. 127.)

Chez les êtres libres, nageant ou rampant, « la partie dans le sens de laquelle se fait le mouvement se différencie.... par une sorte de balancement, les organes abandonnent l'extrémité postérieure... De plus, la locomotion se fait toujours de telle sorte que l'animal a toujours le même région tournée vers le bas... Cette région constitue la face ventrale. Quant aux deux côtés, ils sont dans les mêmes conditions par rapport au milieu extérieur, ils sont semblables ; il y a symétrie bilatérale. » (Id. *ibid.*, p. 128 et 129.)

Mais la symétrie bilatérale apparaît en outre chez les Phytozoaires dans deux ordres de circonstances qui montrent combien peu elle est l'indice d'une bi-individualité :

1° Chez les Échinodermes qui sont de tous les Phytozoaires, ceux dont le mode de développement se rapproche le plus de celui des Artiozoaires (quoique leur symétrie radiée soit toujours impaire), la symétrie bilatérale est très accusée durant une longue période du développement, notamment chez les larves libres (Pluteus) des Ophiurides et des Oursins (réguliers et irréguliers).

2° Dans le même embranchement, au-dessus des animaux (Astéries) dont la locomotion est lente et peut se faire indifféremment dans la direction de l'un quelconque des rayons, il en est dont la progression est plus rapide et a toujours lieu dans le même sens ; aussi, et par différents processus, la symétrie bilatérale se superpose-t-elle à la symétrie radiée et la rend-elle souvent méconnaissable ; d'ailleurs, celle-ci n'existe jamais seule même chez les Oursins dits réguliers ; quant aux Oursins irréguliers et aux Holuthurides, il suffira d'une simple allusion aux processus très divers et partout décrits qui aboutissent à la substitution complète de la symétrie bilatérale à la symétrie radiée (déplacements de la bouche et de l'anus, formation du bivium et du trivium ; — différenciation d'une face ventrale comprenant trois des cinq ambulacres ; — reploiement du corps en U, etc.).

Rien n'autorise donc à voir dans la symétrie bilatérale l'indice d'une bi-individualité. «A l'unicité primitive de l'amibe »(p. 7) a fait suite, non pas la pluri-individualité, mais l'unité persistante et fondamentale, d'abord d'une individualité peu accusée, à cause de la simplicité des organes et des fonctions, qui permettait aux parties détachées de continuer à vivre et même de reproduire la partie manquante, puis d'une individualité assez absolue pour nécessiter la collaboration constante de tous les organes. Il n'y a donc pas à se demander si la conjugaison de deux individus ne s'est pas opérée, et particulièrement dans le sens longitudinal, précisément afin de faciliter la locomotion.

L'opinion classique sur l'essence et l'ancienneté de la symétrie bilatérale, sur ses rapports avec le mode de progression, coordonne tous les faits connus et subordonne toujours l'organe et la forme à la fonction : l'Auteur n'y fait aucune allusion et l'a certainement ignorée, car elle lui aurait sans doute fait remarquer le vice logique de sa théorie : les deux individus, dit le duplicisme sont unis *en vue* d'une existence conjuguée : « Pourquoi voit-on la dualité organique ou parité se substituer... à l'unicité primitive de l'amibe? Pourquoi l'homme est-il une paire, si ce n'est *pour réaliser la conjugaison* d'existence de deux êtres simples tels que le sont les animaux inférieurs. » (p. 7). De plus, pour préparer son intervention dans la psychologie, le duplicisme attribue à chacun des individus accolés des tendances, des aptitudes, des instincts divers et même opposés, sans quoi « on comprendrait mal que l'unité absolue d'existence et de fonction n'ait pas, à travers les âges et les évolutions de la série animale, abouti... à la disparition graduelle... de ce duplicisme morpholagique » (p. 95). L'argument vaut ce ce qu'il vaut. Mais plus d'un lecteur se demandera pourquoi la conjugaison de deux individus seulement, d'ailleurs toujours fondus l'un dans l'autre à un certain moment de leur existence, a gouverné exclusivement l'évolution de toute la série à partir des Phytozoaires (et même l'évolution d'une partie de ceux-ci) : l'union de 4, 5 ou 6 individus n'aurait-elle pas représenté des conditions au moins aussi favorables à la diversité des aptitudes et de la division du travail, étant donnée la nécessaire complexité croissante des réactions imposées par le milieu ? Cette question, quelque vaine qu'elle paraisse, l'Auteur ne pouvait se dispenser de la résoudre, avant tout développement : mais l'a-t-il bien envisagée? A-t-il compris son importance et surtout l'obligation où il se trouvait d'y répondre quand il conçut ceci : » L'embranchement qu'ils (les Echinodermes) forment, reste comme une impasse, comme *un cul-de-sac dans les* grandes *artères* par où la Vie ira semant ses créations successives. En effet, après le type radié, la Nature se ravise et change le plan de ses créations » (p. 52) ! Encore une fois, en quoi le type abandonné était-il inférieur à l'autre, puisque ce qui pour

vous, dupliciste, est l'union de quatre, cinq, huit individus, peut exister et se conformer de telle sorte que la progression devienne possible comme chez les animaux à symétrie bilatérale, c'est-à-dire formés, d'après vous, de deux individus, et de deux seulement ?

Créée et entretenue par la locomotion, la symétrie bilatérale peut disparaître soit de l'ensemble du corps (certains Mollusques) soit des organes qui perdent leurs rapports directs ou indirects avec elle, c'est-à-dire avec les organes qui lui sont propres et avec la conformation des parois du corps. De même, la symétrie radiée, manifeste dans le tube digestif chez les Cœlentérés où il ne fait qu'un, pour ainsi dire, avec les parois du corps, en a complètement disparu chez les Echinodermes à tube digestif libre dans la cavité générale.

La locomotion exerce encore une influence indirecte sur la forme du corps et des organes par les fonctions dérivées (préhension) ou subordonnées (fonctions sensorielles différenciées, destinées originellement à renseigner l'animal *à distance* sur les modifications du milieu extérieur dans le sens même de la progression et dans la double direction perpendiculaire à ce sens). Mais cette influence ne s'étend pas jusqu'aux viscères proprement dits, qui, lorsque des relations topographiques avec les parois du corps, nécessaires à leur fonctionnement, ne leur imposent pas la dualité symétrique, tendent toujours à l'unité et à l'asymétrie : tels le foie, le pancréas, et en général, toutes les glandes de la portion abdominale ou viscérale du tube digestif, qui s'opposent naturellement en cela aux glandes annexes de la portion buccopharyngée, portion dans laquelle des rapports topographiques et fonctionnels nécessaires avec les organes des fonctions de préhension et des fonctions sensorielles, maintiennent rigoureusement la symétrie bilatérale.

Sauf quelques exceptions faciles à expliquer (Pleuronectes, etc.), les organes de la vie de relation conservent chez tous les Artiozoaires, et notamment chez l'immense majorité des espèces mammifères, la parfaite symétrie et les identiques aptitudes fonctionnelles nécessaires à l'accomplissement intégral des fonctions mécaniques de station, progression, préhension et des fonctions connexes ou dérivées; si donc une dissemblance anatomique et fonctionnelle des deux moitiés de chaque animal, dissemblance originelle, antérieure à l'apparition du système nerveux, est nécessaire au duplicisme, le système se trouve condamné par cela seul: les différences observées entre les deux côtés chez l'homme et quelques autres Mammifères sont relativement minimes et, surtout, d'acquisition récente ; il est absolument illicite de conclure d'elles seules à des différences originelles, contemporaines même de l'apparition de la symétrie

Pour fixer la « place du co-être dans l'échelle animale » (p. 51), l'Auteur étudie l'organisation nerveuse « synthèse de tout l'animal » (p. 50). Après avoir remarqué que « chacun de nos co-êtres... serait placé parmi les animaux à système nerveux continu », et par conséquent supérieur au plus piquant des Cœlentérés, il cherche, par une inconcevable inconséquence, parmi les Artiozoaires, c'est-à-dire, parmi des animaux qui, pour lui, sont tous formés de deux individus conjugués, il cherche, et s'étonne de ne pas trouver, un animal à système nerveux simple : « A en croire les classifications adoptées, dès que le système nerveux se présente d'un seul tenant, il se présente multiple ou double » (p. 51). « On n'en est pas moins très surpris de ne pas trouver dans les classifications en usage pour les organisations nerveuses, entre le système nerveux disséminé... et le type nerveux continu multiple ou double, un type nerveux continu simple » (p. 53). La phrase suivante accentue la méprise: « S'il est vrai que la nature ne fait pas de sauts, elle a dû à un moment donné créer ce type » (p. 53). Et l'auteur trouve, en effet, chez les Rotifères, « au dessus du pharynx, un ganglion cérébral *simple* ou bilobé ». Il se demande si « de la simplicité de leur ganglion cérébral », on peut « conclure à la simplicité de leur système nerveux entier » (p. 53 et 54). Malheureusement le physiologiste qui a étudié les mœurs de ces vers « à la vérité les comprend dans la même description que ceux à ganglion bilobé » (p. 93).

Mais quittons provisoirement ces rapprochements stériles établis par l'Auteur entre des classes trop éloignées : pour tirer quelque enseignement pratique de la phylogénie du système nerveux, il est bon de s'en tenir aux seuls Vertébrés. On constate alors que son évolution, au lieu de témoigner d'une dualité primitive et fondamentale du névraxe, présente la prédominance anatomique de ses portions latérales sur sa portion médiane comme un perfectionnement de date relativement récente, surtout si l'on considère la portion du névraxe où cette prédominance est le plus accusée, c'est-à-dire le télencéphale.

Chez des Cyclostomes, en effet, la moelle, mince ruban transversal, est dépourvue de sillons médians, et l'encéphale ne présente, sur toute sa longueur, que de très légères dépressions médianes. Chez les Oiseaux, le télencéphale, encore rudimentaire, ne joue guère quelque rôle physiologique que par le corps strié et les

régions voisines ; les lobes optiques, centre plus important, sont souvent à peine déprimés sur la ligne médiane.

Dans le cervelet, les centres corticaux préposés aux synergies bilatérales, et, par conséquent, impairs et médians, par exemple la partie du lobe postérieur représentant le vermis de l'anthropotomie, diminuent progressivement, chez les Mammifères, au profit des centres pairs (lobules ansiformes, etc.), à mesure que la synergie bilatérale initiale et exclusive de la progression fait place à l'indépendance croissante de chacun des quatre membres. En d'autres termes, dans tous les ordres. et notamment chez les Carnivores et les Primates, l'évolution anatomique du cervelet montre les coordinations unilatérales se dégageant de la coordinat ion bilatérale primitive, et l'appareil de l'équilibre s'adaptant progressivement, par une complexité croissante, aux nouvelles conditions statiques (Voir L. Bolk, 1906, surtout p. 383 à 398).

Les hémisphères cérébraux suivent un développement en rapport avec la complexité croissante des fonctions connexes ou dérivées de celles de la locomotion (préhension, organes des sens).

En effet, à mesure que les fonctions se compliquent, elles se subordonnent les unes aux autres, ou plutôt on voit se développer des fonctions supérieures qui consistent à assurer la collaboration synergique des fonctions d'organes distants les uns des autres (Wundt, 1902, I. p. 228), organes dont les centres nerveux primitifs sont eux-mêmes très distants: au fur et à mesure de l'évolution, ces centres d'abord autonomes se soumettent à des centres bulbo-pontiques ou mésocéphaliques déjà plus rapprochés les uns des autres, puis à des centres corticaux que l'on tend de plus en plus à considérer comme les agents primordiaux de l'unité fonctionnelle ; ces centres sont formés de deux moitiés séparées, mais ils ne sont pas *doubles* : il existe deux rétines oculaires, deux corps genouillés externes, deux quadrijumeaux antérieurs, deux pulvinars, mais il n'y a qu'une rétine cérébrale. Nous développerons ce point à propos de la physiologie, en parlant des effets de cette *centralisation* progressive poprement dite que met en évidence la phylogénèse. Mais celle-ci montre encore une autre évolution dont le résultat est de toute importance pour la question du duplicisme, quoique l'Auteur n'ait pas même songé à l'envisager au point de vue phylogénétique et n'en fasse mention à d'autres

sujets que d'une facon accesscire et toujours erronée : c'est l'*entrecroisement* des voies de conduction que Wundt considère avec raison « comme une des conditions principales de la fusion des fonctions d'organes périphériques distants en une fonction résultante unique » (1902, I, p. 229).

Pourquoi chez les Vertébrés, même les moins élevés, les deux co-êtres échangent-ils quelques-uns de leurs centres nerveux, dont les fibres afférentes ou efférentes traversent ainsi obliquement le plan médian, tandis que chez les Invertébrés, même les plus élevés quant à la vie psychique, les Hyménoptères par exemple, les centres nerveux de chaque côté, tout en échangeant de multiples fibres commissurales avec ceux du côté opposé, président seuls à la motilité et à la sensibilité de la moitié homonyme du corps ? Comment le duplicisme n'a-t-il pas envisagé ce fait, si curieux et vraiment pour lui paradoxal, de la *compénétration* réciproque *des co-êtres* ? Serait-ce qu'il se contente de l'hypothèse bien connue de R. y Cajal, d'après laquelle tous les entrecroisements sont commandés par l'entrecroisement originel des voies optiques, nécessité lui-même par la présence d'un appareil dioptrique qui renverse les images rétiniennes ? (On trouvera l'exposé de cette hypothèse et les critiques de Wundt, à la fin du paragraphe sur la phylogénèse). Mais, pour s'en tenir au seul chiasma optique, comment le duplicisme a-t-il pu négliger les entrecroisements incomplets des animaux à vision stéréoscopique, entrecroisements grâce auxquels, au fonctionnement successif des deux yeux, de leurs centres et de leurs muscles, des animaux à vision unioculaire ou panoramique, s'est substitué un fonctionnement essentiellement synchrone ? Nous verrons que le duplicisme ne s'embarrasse pas de la nécessité de la synergie des deux co-êtres: mais, puisqu'il prétend se baser sur l'organisation, son Auteur a eu tort de ne pas tenir compte, dans son étude phylogénétique, d'une disposition liée à l'unité de la rétine cérébrale et qui nécessite la synergie primitive et constante des parties des deux rétines dont précisément les fibres ne sont pas entrecroisées, pour une fonction capitale dans la vie psychique, la perception visuelle de la profondeur.

Mais les centres optiques et ceux qui président à des fonctions motrices et sensitivo-sensorielles, dont la mise en œuvre intéresse toujours manifestement les deux moitiés du corps, ne sont pas les seuls à présider à l'innervation de chacune de ces dernières par un double et partiel entrecroisement. Tous les centres de projection sont en rapport avec les deux moitiés du corps (1) ; nous traiterons plus tard de l'expression physiologique de cette disposition que l'Auteur ignorait certainement, car, toutes les fois qu'il fait allusion à un entrecroisement, il le suppose complet et rattache obstinément la vie psychologique d'une moitié du corps au fonctionnement du seul hémisphère opposé. Nous y perdons certainement des vues ingénieuses sur l'entrecroisement progressif, chez les Mammifères, des voies cortico-médullaires descendantes ou voies pyramidales, sur la coexistence de telles voies restées encore directes avec les entrecroisements sensitifs et sensoriels, enfin sur la coexistence, chez les Amamaliens, de voies d'union de la moelle avec le toit optique, le cervelet, le corps strié, tantôt directes et tantôt croisées, avec des chiasmas optiques présentant toutes les proportions possibles de fibres directes et de fibres croisées, quelquefois complets (Poissons), et des entrecroisements acoustiques et olfactifs constamment partiels et solidarisant ainsi dès l'origine de la vie psychique les deux moitiés du névraxe.

Du reste, si de tous les entrecroisements des voies de conduction, aucun n'est si bien connu que celui des voies optiques, dans ses conditions physiologiques et dans son évolution phylogénétique, si aucun même n'a une origine plus ancienne, il ne s'ensuit pas qu'il faille admettre avec Cajal que l'entrecroisement optique a été la cause de tous les autres. Wundt fait à ce sujet une remarque qui constitue une grave objection au duplicisme : « La synergie qui existe pour les autres organes sensoriels et moteurs, et notamment pour les rapports entre les excitations sensorielles et les réactions motrices, pourra avoir partout d'elle-même les mêmes effets, lesquels, d'autre part peuvent se consolider réciproquement. L'indépendance relative est mise en évidence par ce fait, par exemple, que, chez les Vertébrés inférieurs à chiasma optique complet, d'au-

(1) La phylogenèse et l'anatomie des voies homomères ascendantes ou descendantes sont aujourd'hui bien connues ; mais il n'en est pas de même pour leur physiologie : bien des résultats des expériences de Brown-Séquard sur « les prétendus centres psychomoteurs » (1879, 1882) sont encore inexpliqués. On connait toutes les variétés imaginables de décussation des pyramides chez l'homme mais les fonctions des fibres pyramidales homolatérales sont encore obscures : si leur lésion était l'unique substratum des troubles du « côté sain » dans l'hémiplégie organique, on ne devrait jamais observer d'hémiplégie complète, à cause de la présence de fibres homolatérales saines dans le côté paralysé.

tres entrecroisements, par exemple ceux des voies motrices des muscles du squelette, sont beaucoup plus incomplets que chez l'homme. De même,chez tous les Vertébrés, jusqu'à l'homme, la moelle est bien certainement la portion du névraxe dans laquelle les voies de conduction restent le plus souvent dans le même côté. Par contre, dans le bulbe déjà, le grand nombre des fonctions motrices à caractère symétrique bilatéral] qui y possèdent leurs centres (mouvements de la respiration, de la déglutition, de la mastication, de la mimique), introduisent un grand nombre de croisements partiels. Il en est de même dans les territoires des nerfs olfactifs et optiques, où ces entrecroisements sont probablement liés à la synergie motrice. » (I. p. 237).

En résumé, de par la phylogenèse, la vie psychique la plus simple est impossible, dès qu'il existe un système nerveux,continu si les deux moitiés de ce système sont fonctionnellement indépendantes ; elle est impossible parce que l'est la formation de ses éléments ; mais une fois celle-ci effectuée, ou bien et dès le début, pour les actes inconscients,certaines parties du système nerveux peuvent fonctionner sans la partie homonyme du côté opposé. Mais on verra que ce fonctionnement présente des caractères spéciaux et ne fournit à la synthèse psychique que des contributions provisoires et toujours incomplétés par quelque endroit.

Les critiques adressées par Wundt à la théorie de Cajal paraissent absolument justes et méritent d'être reproduites ici.car les vues propres à l'auteur allemand sur le rôle des synergies motrices dans la phylogenèse des entrecroisements moteurs et sensitifs sont d'une importance capitale au point de vue du duplicisme, qui a pourtant négligé toute l'immense classe des faits qu'elles concernent.

« Dans les yeux composés à facettes des Insectes, l'image rétinienne forme une mosaïque grossière ; comme chaque facette représente un appareil dioptrique indépendant, l'image composée présente la même orientation que l'objet. Aussi quand un tel œil est pourvu d'un appareil musculaire, au lieu de tourner sur un centre situé dans son intérieur, il se meut comme un organe tactile, grâce à la tige mobile qui le supporte, autour d'un centre situé derrière lui dans le corps de l'animal. » (Wundt). Cet œil réalise à merveille la vision « toucher à distance » des anciens philosophes. D'autre part, comme,chez les Invertébrés, les voies nerveuses afférentes et efférentes ne traversent pas le plan médian, les voies optiques ne subissent non plus aucun entrecroisement.

On sait que chez les Vertébrés il n'en est plus de même ; que, dès les Cyclostomes, l'entrecroisement est complet. Chez les Vertébrés inférieurs, les yeux sont en général placés latéralement et leurs champs visuels sont complètement distincts, peut-être même pas toujours contigus ; mais, chez les animaux plus élevés, les yeux se placent de plus en plus en avant et leurs champs visuels se confondent en partie ; l'entrecroisement devant progressivement partiel.

On connaît l'hypothèse de Cajal et l'on sait que, pour la vision en particulier, elle considère que l'image de l'objet, est divisée par la vision uni-oculaire en deux parties, dont chacune est renversée par un cristallin, son côté interne devenant externe, et serait ainsi inutilisable pour l'animal s'il n'y avait pas entrecroisement complet. Cette hypothèse suppose en effet que l'image rétinienne est portée intégralement par les voies optiques de la rétine au centre visuel, sans être dissociée et sans même que son orientation soit modifiée ; il est facile de comprendre qu'elle reprend alors dans le centre visuel sa position naturelle par rapport à celle donnée par l'autre œil ; son extrémité externe sur la rétine redevient interne sur le centre visuel, et par conséquent, sinon contiguë à l'extrémité interne de l'image donnée par l'autre œil et également transportée sur le centre visuel, du moins tournée vers son extrémité. Voici la substance des objections que Wundt fait à cette théorie.

1° La rétine oculaire est une portion du névraxe repoussée à la périphérie ; on ne peut donc supposer qu'une mauvaise orientation de l'image sur l'écorce centrale troublerait notre esprit alors que la mauvaise orientation sur la rétine n'est pas même connue de lui.

2° Il est difficile d'admettre que « la conscience réside immédiatement dans l'écorce » et y perçoive l'image du monde extérieur, image qui devrait ainsi correspondre exactement à la situation réelle des objets dans l'espace.

3° L'existence des circonvolutions chez beaucoup d'animaux rend cette hypothèse déjà bien invraisemblable, ainsi que Cajal le reconnaît lui-même ; comment admettre que la répartition des fibres entrecroisées puisse corriger la désorientation due à la présence des plis !

4° S'il est vrai que l'image centrale reproduise exactement la situation de l'objet et de tous ses détails, il doit y avoir non seulement correction des rapports mutuels des images rétiniennes des deux yeux, mais encore redressement, dans le centre nerveux, de chaque image rétinienne : ce qui, dans celle-ci, est situé en haut, devrait, dans l'image centrale, se trouver en bas. Or rien ne démontre que, outre l'entrecroisement transmédian, il y aît dans chaque nerf optique un croisement vertical de ses fibres.

5° Les symptômes de l'hémianopsie corticale sont moins nets que ceux de l'hémianopsie par lésion de la bandelette ou du thalamus;

etites lésions corticales peuvent rester latentes ou ne se tra-
e que par une simple diminution de la sensibilité à la lumière.
ontraire devrait exister si l'acte visuel reposait sur une « Re-
truction » parfaite dans l'écorce des qualités spatiales de l'ob-

La vision des objets dans leur vraie position malgré le ren-
ement de leurs images est facile à expliquer sans l'hypothèse
roisement vertical des fibres ; dans tous les yeux pourvus d'un
ème dioptrique opérant le renversement des images, le centre
tation est intérieur à l'œil, au lieu de lui être extérieur comme
les yeux pédonculés des Invertébrés. Quand la tache jaune,
t de vision distincte, se meut de bas en haut, le point fixé sur
et extérieur se meut de haut en bas. Or nous jugeons de la si-
ion des objets d'après les parties et les mouvements de la ligne
xation qui sont situées et qui se passent en avant du centre de
tion, et non d'après ce qui est situé derrière ou d'après l'image
ienne dont la situation nous est par elle-même aussi incon-
que celle de l'hypothétique image centrale.
undt explique par un mécanisme semblable, c'est-à-dire, par
nouvements des deux yeux, l'orientation adéquate des deux
ges rétiniennes dans la vision binoculaire. Chez les animaux à
n panoramique, pour que les deux moitiés du champ visuel
it bien orientées, il faut que le mouvement d'un objet passant
une dans l'autre ne présente aucune discontinuité ; cette con-
on est remplie de la façon suivante, pour la vision d'un objet
it par exemple du bord externe du champ visuel de l'œil droit
ord externe du champ visuel de l'œil gauche: l'œil droit accom-
ne l'objet grâce à la contraction progressive du droit interne; dès
l'objet passe dans le champ visuel gauche, l'œil gauche le saisit
l est dirigé en dedans par la contraction de son droit interne, la-
le a suivi immédiatement celle du droit interne droit, et est à
tour suivie immédiatement de celle du droit externe, grâce à
elle l'œil gauche accompagne l'objet jusqu'à sa sortie du
np visuel. D'autre part « il n'est pas invraisemblable que les
areils servant à transformer les impressions sensorielles en in-
moteurs possèdent dans les centres une certaine symétrie. »
s'il n'y avait pas entrecroisement, l'innervation (des centres
icaux transmettant les impulsions aux centres musculaires)
rait suivre une marche interrompue : par exemple, tant que
l droit se meut, se propager de dedans en dehors, pour, quand
l gauche se meut à son tour, sauter aux centres du côté opposé
y propager aussi de dedans en dehors. Donc, si les deux moitiés
champ visuel sont bien orientées l'une par rapport à l'autre,
ne tient pas à l'ordre dans lequel les images de chaque point
t projetés dans le cerveau, mais à ce que, dans l'ordre prési-
t aux mouvements comme à la localisation dans l'organe visuel

au repos, il y a, dans chaque perception spatiale, correspondance exacte des fonctions sensorielle et motrice.

La vision binoculaire diffère de la vision panoramique par ce fait que dans la vision des objets rapprochés situés dans le champ visuel commun, les mouvements des yeux sont exécutés synergiquement et symétriquement par rapport au plan médian, et les points également éloignés de celui-ci sont homologues les uns des autres. En d'autres termes, aux mouvements successifs et parallèles de la vision panoramique s'opposent les mouvements synchrones de convergence de la vision stéréoscopique : dans ces derniers mouvements (d'examen successif de l'extrémité rapprochée et de l'extrémité éloignée de l'objet situé dans le champ visuel commun), les muscles sont associés, non plus d'après leur situation par rapport à l'espace extérieur (droit externe droit, puis droit in-interne droit, puis droit interne gauche, etc.), mais d'après leur situation par rapport au plan médian et, conséquemment, par rapport à chaque œil. Les conditions présidant dans les centres à la genèse reflexe des mouvements par l'excitation lumineuse seront aussi inverties ; les points les plus internes de chaque rétine correspondent aux points de l'objet les plus éloignés ; leur excitation est le point de départ (dans la portion interne de chaque centre visuel) du réflexe aboutissant à la contraction des deux droits internes, c'est-à-dire à l'augmentation de la convergence. Un mécanisme inverse préside à la contraction des droits externes, c'est-à-dire à la diminution de la convergence. Wundt suppose, d'autre part, que les éléments des organes centraux présentent une disposition symétrique par rapport au plan médian, ainsi que les appareils réflexes qui sont le point de départ des influx moteurs destinés à chaque muscle : centres (corticaux) des droits internes situés en dedans des centres des droits externes.

L'hypothèse de Cajal est insuffisante parce qu'elle ne considère que l'appareil et les impressions sensoriels ; celle de Wundt, qui au contraire envisage tout le système sensori-moteur, permet seule de comprendre les rapports que l'on constate entre « le passage de l'entrecroisement total à l'entrecroisement partiel et celui de la vision panoramique à la vision stéréoscopique ». Une conséquence ou condition de l'adaptation de l'organe visuel à ce mode de fonctionnement et au mécanisme de la convergence, c'est que, pour toute la portion du champ visuel commun aux deux yeux et servant à la vision stéréoscopique, les voies optiques sont directes.

Mais tous les animaux à vision stéréoscopique possèdent aussi la vision panoramique à laquelle sont affectées les portions internes ou nasales des deux rétines et aux lois particulières de laquelle sont soumis les mouvements des yeux. Elle impose naturellement le croisement complet des fibres optiques venues des moitiés internes des deux rétines, entrecroisement nécessaire pour que les

deux yeux fonctionnent symétriquement par rapport à l'un des plans latéraux et non plus au plan médian.

B. EMBRYOLOGIE ET ANATOMIE. — 1° *Dualité d'origine.* Préoccupé avant tout de multiplier des exemples où le nombre deux tînt une place quelconque, l'Auteur mentionne d'abord (p. 12) la dualité d'origine de l'œuf : « Peut-être l'un [l'homme] arrivait-il de New-York et l'autre [la femme] de Paris » (p. 12). Cet argument ne mérite pas d'être discuté, mais il met bien en relief le genre d'esprit critique qui a présidé au choix des arguments : l'Auteur en reconnaît d'abord l'inanité : » Ce n'est pas ... qu'on puisse conclure de celle-ci [la double origine] à la bi-individualité de l'œuf humain » (p. 12); mais, cette concession faite, il cite à maintes reprises la « dualité d'origine » en faveur de sa thèse : « double en ses engendreurs... double en ses organes physiologiques, l'Homme.... » (p. 15) « ... ces trois caractères, que l'œuf est formé de deux éléments *absolument* étrangers l'un à l'autre, que.... » (p. 15) « .... qu'importe qu'il n'y ait pas corrélation apparente entre la dualité sexuelle des engendreurs et la dualité blastomérique. » (p. 14). Je regrette d'ignorer comment les choses se passent chez les Rayonnés.

2° « *Dualité blastomérique* » (p. 14). On sait que le premier plan de division de l'œuf en segmentation est méridien et indique le plan de la future symétrie bilatérale : « Dès que l'œuf humain est né.., sa masse va se diviser, se séparer en deux petites masses de forme ovoïde, qu'on nomme blastomères. Dès ce moment,c'est-à-dire *ab initio*, le dualisme s'institue » (p. 13).

Mais cette dualité,qui n'aurait de valeur pour le duplicisme que si elle était persistante, ne disparaît-elle pas bientôt,pour une période souvent très longue,car elle est sans rapport direct avec le mode de progression ?N'existe-t-elle pas chez les Rayonnés, chez nombre desquels le 2e plan est encore méridien, accusant ainsi la symétrie binaire, et précisément chez des animaux à symétrie définie pentaradiée,avant qu'apparaisse le 1er plan équatorial qui séparera l'hémisphère végétatif et l'hémisphère animal ?

Chez tous les animaux, dès le stade où un même parallèle à l'équateur rencontre quatre cellules (4 cellules en tout chez les Echinodermes, 8 en tout chez les Ascidies, etc.), on ne peut plus reconnaître les 2 cellules provenant d'un blastomère donné.

Le 2e plan méridien crée donc une symétrie quaterne aussi nette que la symétrie bilatérale initiale, et, pour avoir le droit de rattacher à celle-ci la symétrie de l'adulte, l'Auteur aurait dû montrer chez ce dernier des traces de la symétrie quaterne.

3° Sous le titre de *preuve tératologique expérimentale*, l'Auteur rapporte les classiques expériences de Chabry sur des œufs d'Ascidies: piqûre d'un des deux blastomères, formation d'une larve monstrueuse : « Un seul blastomère fut tué, tandis que l'autre, continuant à se développer, donna naissance à un demi individu dans le sens longitudinal, c'est-à-dire à un des deux co-êtres simples dont la conjugaison constitue l'être double. » (p.16). Par une nouvelle application de la théorie aujourd'hui ridicule de la préformation, l'Auteur attribue donc à l'œuf une structure comparable, superposable à celle de l'adulte. Il reconnaît d'ailleurs que l'expérience ne réussit pas toujours : « l'animal se développe double mais plus petit de volume ». Mais tant de causes peuvent l'expliquer : « On peut craindre qu'à l'un des deux blastomères soit restée adhérente une parcelle de l'autre ». Je cite ce passage pour montrer de quelle documentation l'Auteur s'est contenté pour une partie si importante de son sujet, et combien il est ignorant des conditions habituelles de ces recherches: du reste « les expériences à résultat divergeant... ne peuvent rien contre ce fait... qu'on a vu un des deux blastomères survivre et donner naissance... à un individu simple » (p. 17).

Est-il besoin d'ajouter que *jamais*, en réalité, l'expérience de Chabry n'a abouti au résultat auquel l'Auteur fait allusion et dont il tire des déductions qui se trouvent par conséquent radicalement fausses.

Driesch (voir O. Maas, 1903) puis Campton ont en effet, surabondamment démontré que, chez les Ascidies, chaque blastomère séparé de son congénère donne naissance non pas à une demi larve, mais et toujours, à une larve com-

plète mais plus petite et dépourvue seulement de quelques organes secondaires, dont l'absence n'est d'ailleurs pas constante : otolithe, tache oculaire,etc. La première ébauche de la corde est notamment multistratifiée comme chez la larve normale ; ce n'est que plus tard qu'elle n'est plus représentée que par un cordon formé d'une seule rangée de cellules, ce qui est aussi le cas dans le développement normal ; seulement, chez la larve dérivée d'un seul blastomère, le nombre des cellules est relativement plus petit. Enfin, sans séparer les deux blastomères, on peut obtenir des larves *identiques* (de taille réduite et souvent privées de certains organes) en laissant un certain temps l'œuf encore insegmenté dans de l'eau insuffisamment pure, ou en le soumettant à un éclairage intense.

Bref, le blastomère isolé ne montre aucune tendance à une «demi segmentation » (Otto Maas) et à la formation d'une demi gastrula ; de très bonne heure il tend à régulariser, à rétablir les conditions normales. Il n'en est pas tout à fait de même chez les Echinodermes ; mais les conditions nouvelles que l'on rencontre chez ces animaux mettent encore mieux en évidence la fausseté de la théorie qui considère chaque blastomère comme représentant un individu.

Chez les Oursins, réguliers et irréguliers, le deuxième plan de division est encore méridien, le troisième seulement divise chacun des quatre blastomètres en une cellule animale et une cellule végétative, celle-ci reconnaissable chez certaines espèces à la présence d'un anneau pigmenté. La quatrième segmentation donne 8 cellules animales et 8 végétatives dont quatre, très petites et dépourvues de pigment, les micromères, s'accumulent au pôle végétatif. Or, on a pu isoler les unes des autres sans arrêter leur développement ultérieur, non seulement ces 16 cellules, mais les 32 de la génération suivante ; les résultats, constamment contraires à la théorie de la pluriindividualité (il s'agit d'ailleurs ici d'animaux rayonnés dont beaucoup présentent aussi la symétrie bilatérale). méritent d'être rapportés avec quelque détail. Rien à craindre, tout d'abord, de « l'adhérence d'une parcelle de l'autre blastomère » ou de la lésion simultanée de plusieurs d'entre eux ; pour opérer la dissociation, il suffit à Herbst (v. O. Maas, 1903), d'immerger temporairement chaque œuf, arrivé au stade à étudier, dans de l'eau de mer privée de sels de chaux. L'isolement effectué, il n'y a qu'à replonger les cellules (dont la nature, avons-nous vu, peut chez certaines espèces être reconnue) dans de l'eau de mer naturelle, pour les voir proliférer. Les cellules du stade 2, en d'autres termes, les deux blastomères primitifs donnent chacun tantôt une demi-

blastula, c'est-à-dire un hémisphère creux, tantôt une blastula normale, le trouble de la segmentation disparaissant rapidement ; mais, dans tous les cas, les cellules se rapprochent et finissent par fermer complètement l'orifice, c'est-à-dire par donner une blastula entière, de taille, il est vrai, légèrement réduite, mais qui évoluera jusqu'à la formation d'un Pluteus parfait. Les blastomères du stade 4 n'arrivent plus à ce terme, mais poussent encore très loin leur développement. Les cellules du stade 8 (dont 4 animales et 4 végétatives) donnent encore, non seulement une morula fermée, mais une gastrula avec intestin segmenté et ébauche d'un squelette au sein du mésenchyme : les divers potentiels contenus dans le noyau unique du début ne se répartissent donc pas d'une façon rigoureusement tranchée entre les cellules animales et végétatives ; les unes et les autres conservent encore une assez grande quantité des diverses propriétés de la cellule primitive nécessaires à l'être complet: il semble que la tendance de chacune à développer toutes les forces qu'elle contient soit enrayée et guidée par la présence des autres cellules. Ainsi les cellules végétatives qui, dans l'œuf complet, ne donnent que l'intestin et, par les micromères, le mésenchyme,arrivent à former après isolement artificiel des blastulas complètes : celles-ci sont soumises, il est vrai, à une forte mortalité, mais les survivantes gastrulent presque toutes normalement. Au contraire, les blastulas provenant des quatre cellules animales vivent plus longtemps et en plus grand nombre, mais n'arrivent que rarement à former des gastrulas, d'ailleurs souvent dépourvues de mésenchyme ; le plus souvent leur développement s'arrête à la formation d'une blastula à cellules claires et pourvues de longs cils, sans qu'il y ait indication d'une cavité intestinale. La différence n'est donc pas absolue : chez les unes, tendance plus marquée à l'activité animale (formation des cils) ; chez les autres, à l'activité végétative (gastrulation),

Enfin, les cellules du stade 16 peuvent encore donner chacune une gastrula, mais sans segmentation de l'intestin, et la plupart des 32 de la génération suivante vont encore à la blastula.

Je rappelle que les Pluteus (larves à vie libre d'Oursins et d'Ophiurides) sont à symétrie exclusivement bilatérale. En appliquant ici la théorie de l'auteur, on devrait considérer chaque moitié comme formée de deux, voire même de quatre individus entiers, c'est-à-dire doubles, c'est-à-dire encore équivalant à l'individu qui les renferme ; tel cet être énimagtique dont le corps, une fois condensé dans une masse limitée de matière, se retrouve tout entier, après rupture de cette masse, dans chacune des parcelles produites.

4° *Dualité ou unité passagères ou permanentes de divers organes.*«Doubles tous les organes *chargés de fonctions par-*

ticulières : double le poumon, double le cœur qui chez l'embryon est constitué même par deux organes séparés, l'un de droite, l'autre de gauche, double le foie, tout au moins *dans la vie embryonnaire*, double de même le pancréas, séparé en deux parties chez l'embryon » (p. 7). Et l'Auteur cite encore, sans plus de discernement, des organes dérivés d'ébauches doubles, ou d'ébauches simples primitivement ou par coalescence : « La langue double dans ses bases l'est anatomiquement dans le corps médian. *La glande thyroïde, le thymus sont bilobés dans l'embryon* ». Cette accumulation vous désarme vraiment, tant par les multiples et grossières erreurs qu'elle sous-entend, que par les nombreuses lacunes qu'elle présente et l'absence de tout essai d'interprétation : « Pourquoi, se demande de son côté l'Auteur de la préface, possédons-nous deux poumons, deux reins, alors qu'un seul de ces organes pourrait parfaitement suffire ... ?... Pourquoi la nature confondrait-elle ultérieurement en un seul des organes primitivement doubles (langue, foie, etc.) et désavoue-t-elle ainsi son plan primitif ? » (p. XII et XIII). Voici toute la réponse : « Tous les organes sont doubles, excepté ceux qui présentent le double caractère d'être à la fois situés dans l'axe longitudinal et de ne servir qu'au *rattachement*, à la ligature, au support des deux parties de l'être, ou encore au passage des matériaux étrangers à l'organisme, soit que ceux-ci soient amenés au contact des principes digérants, soit au contraire pour qu'ils soient rejetés comme déchets » (p. 7 et 8). Y aurait-il là, à la rigueur, les éléments d'une explication de l'unicité primitive de l'allantoïde, du placenta, de la rate, du vagin, du tubercule génital, du canal thoracique, de l'unicité secondaire, mais si pleine d'enseignements, de plusieurs des gros vaisseaux ? Hélas ! « Les organes, dit l'Auteur de la préface, qui nous paraissent uniques dans l'individu arrivé à son complet développement, sont en réalité originellement pairs dans les premières phases de la vie...... embryonnaire et fœtale » (p. XII). Et l'Auteur du livre ne trouve que deux organes qui « paraissent non doubles ... la colonne vertébrale et le tube digestif » (p. 8). Mais pour la première, « la dualité originelle de la corde dorsale..., sur laquelle se modèlera en sa complexe forma-

tion la colonne vertébrale..., a été constatée chez divers animaux » (p. 8). J'ajoute que,chez beaucoup d'autres, la *première* ébauche est, sur coupe transversale, pluricellulaire, et peut se voir appliquer le sublime raisonnement que nous rencontrerons tout à l'heure à propos du système nerveux.

Quant au tube digestif (moins la portion bucco-pharyngée sans doute) « ... en temps que route [dans sa première partie] et qu'égout [dans sa seconde], il n'est pas un organe ... mais un simple vide. Or *un vide ne peut être ni simple ni double.* Au contraire,les glandes de sécrétion.... sont réparties sur la paroi du vide digestif entre les deux co-êtres et sont par paires » (p. 9). Tels sont, notamment, le foie et le pancréas.

Considérant d'ores et déjà, et de par la seule phylogénie, le duplicisme comme une erreur, nous n'avons pas à répondre, contrairement à l'Auteur du livre, à l'insidieuse question posée dans la préface ; mais il ne sera peut-être pas inutile de remarquer que le développement ontogénique confirme les relations générales que montre la phylogénèse entre la fonction de locomotion et la symétrie bilatérale. La première est représentée, pour l'embryologiste, par la forme du corps et de ses cavités propres ; la seconde est en question pour l'unité ou la dualité, la symétrie ou la dyssymétrie des organes.

Quand se forment les cœurs, l'embryon présente deux extrémités,deux faces et deux côtés,et est entouré,à peu près de partout, par l'aire vasculaire ; les tubes cardiaques se forment à la limite interne de cette dernière, qu'ils vont mettre en relation fonctionnelle avec le corps de l'embryon, c'est-à-dire sur les côtés de l'extrémité céphalique de ce dernier. Mais dès que les replis cardiaques se sont rejoints en avant de la gouttière intestinale, les deux tubes se soudent en un seul qui devient fortement asymétrique avant même que sa cavité soit unique sur toute sa longueur : ce tube n'a plus, en effet, comme ses deux éléments formateurs,de rapports étroits avec la forme du corps ; il est maintenant libre dans une poche qui lui est propre et dont l'évolution sera longtemps indépendante de celle des parois proprement dites du corps de l'embryon.

Les organes primitifs doubles ou symétriques, expression temporaire de la loi du moindre effort, peuvent, ou perdre leur dualité ou leur symétrie originelles par régression unilatérale ou partielle quand une portion ou un seul des deux organes formés d'abord est suffisant, ou bien être employés à la formation

d'organes de fonctions différentes, quelquefois même complémentaires : ces deux modes d'évolution, si évidemment contraires au duplicisme, se rencontrent dans le développement des gros vaisseaux : des deux artères omphalomésentériques, l'une disparaît toujours de bonne heure (la droite chez le lapin, au 10e jour : la gauche, chez l'homme, vers le 35e : Tourneux, *Précis d'embryologie humaine*, 1re édition, p.379). Un des arcs aortiques (le 5e ou 6e) sera accaparé par la circulation pulmonaire. Le système éminemment impair et asymétrique de la veine porte et du canal d'Arantius succède à la portion proximale des deux veines vitellines. Aux cardinales inférieures et supérieures. paires et symétriques, succèdent les deux systèmes impairs et asymétriques des veines caves et des azygos.

L'appareil respiratoire serait-il, pour un dupliciste, moins unique que le vide digestif, dans sa portion sus-bronchique ? Au fond, peu importe : cette portion se développe sur la ligne médiane ; mais l'extrémité inférieure de la gouttière respiratoire ne peut s'étendre et proliférer qu'en se dédoublant et en engageant chacun de ses bourgeons, révêtu d'une enveloppe fournie par le méso œsophagien,dans les prolongements supérieurs et pairs de la cavité cœlomique, en arrière de la poche cardiaque.Quoique les poumons soient destinés à un fonctionnement constamment et rigoureusement synergique, quoique l'unité de chacun des deux cœurs rende absolument vaine, au point de vue physiologique, la séparation en deux parties distantes de la portion inférieure de l'appareil respiratoire, cette séparation persiste dès le début de l'évolution phylogénique de cet appareil: celle-ci est en effet relativement récente; l'évolution ontogénique est donc tardive et ne commence que lorsque les formes du corps et de ses cavités sont à peu près définitivement arrêtées. De plus,le fonctionnement mécanique des poumons leur impose des rapports directs avec les agents de mouvement des parois du tronc : c'est pour cela qu'ils sont doubles, tandis que l'autre organe moteur asservi à la fonction de l'hématose, le cœur droit, non seulement est unique, mais ne représente qu'une partie d'un organe antérieurement simple et asymétrique.La rate, d'apparition également tardive, et privée dès l'origine de toute relation topographique ou fonctionnelle avec les parois du corps, se présente constamment impaire et asymétrique.

Destiné à assurer de bonne heure l'excrétion des produits de déchet et à mettre le cœlome en communication avec l'extérieur, le pronéphros,dont le développement est ainsi nécessairement précoce,ne peut apparaître que là où se trouve dès lors une certaine masse de mésenchyme, c'est-à-dire latéralement : il est donc pair et symétrique car le développement du mésentère assure sa dualité, celle de l'organe qui lui fait suite, phylogéniquement et ontogéniquement, le corps de Wolff, et celle de leurs dérivés.

Parmi ces derniers,les glandes génitales, dont l'évolution formatrice est très lente et qui gardent pendant longtemps des rapports étroits avec les parois du corps, conservent la dualité, physiologiquement annulée par l'unicité constante d'une partie au moins des voies d'issue de leurs produits : urèthre chez le mâle, portion fusionnée des canaux de Müller chez la femelle.

Enfin, les organes urinaires et génitaux pairs sont alliés physiologiquement à des organes impairs et médians, dont l'ébauche primitive ne peut raisonnablement être tenue pour double ; allantoïde, tubercule génital, lame épithéliale du vagin (Tourneux et Legay.)

5) *Unité organique et systématique du névraxe.* « Double le cerveau, et très distinct en ses deux hémisphères, double la moelle, double tout le système nerveux » (p. 7). Pourtant, le développement de la gouttière médullaire n'a-t-il pas quelque analogie avec celui de la gouttière intestinale : les parois de cette dernière se rapprochent puis se fusionnent ; puis les deux somatopleures se soudent l'une à l'autre sur la ligne médiane et forment pont par dessus le « vide digestif » maintenant indépendant. Semblablement, les parois de la gouttière médullaire, d'abord largement étalées, rapprochent progressivement leurs bords externes qui finissent par se souder l'un à l'autre sur la ligne médiane,puis perdent leur connexion primitive de continuité avec l'ectoderme cutané : celui-ci, finalement, forme pont au-dessus du « vide nerveux » maintenant indépendant du feuillet qui lui donna naissance.

Questionné par l'Auteur sur la dualité du névraxe,M. le Pr Delage a vainement répondu que « l'ébauche primitive [en est] simple et médiane » et « par suite de l'évolution prend l'aspect d'une formation double et symétrique ». Donc, « la constitution double et symétrique du système nerveux central n'a pas pour origine le rapprochement de deux ébauches primitivement indépendantes... Cette évolution n'a nullement la signification de l'établissement de deux parties distinctes rapprochées » (p 10). La réponse est retardée « de quelques pages... en vue d'une plus grande clarté », pour présenter préalablement au lecteur les preuves que l'ordre naturel nous conduisisit à examiner plus haut. Mais

vraiment, la réponse avait le droit de se faire attendre : notons qu'il est précisément question de la bi-individualité, de l'existence de ce que l'Auteur appelle les co-êtres, et que sa première preuve, la « preuve morphologique », devait porter tout d'abord la discussion sur le névraxe, dont le développement précéda celui de tous les autres appareils et guide celui de plusieurs d'entre eux. Or, « M. Delage peut-il se porter garant que les deux co-êtres ne concourent pas également à la formation du tube nerveux ? ... Mais la chose est infiniment vraisemblable, puisque M. Delage nous apprend lui-même que le tube s'est formé sur la ligne médiane. *Les deux co-êtres y ont donc également participé.* » (p. 18 et 19). N'est-ce pas mieux trouvé que la *virtus dormitiva* !

D'ailleurs si, dans certains segments du névraxe, la moelle par exemple, les parois sont plus épaisses latéralement que sur la ligne médiane, il n'en est plus de même pour les vésicules encéphaliques qui sont presque toujours nettement indiqués avant qu'apparaisse la moindre dépression médiane ; les hémisphères cérébraux forment encore à la fin du premier mois chez l'homme une vésicule unique, bien distincte en arrière du thalamencéphale et, en bas, du rhinencéphale, mais dont les parois ne présentent encore sur la ligne médiane ni saillie ni dépression : le développement considérable des hémisphères, c'est-à-dire de la seule portion du névraxe où la substance grise ne se continue pas directement d'un côté à l'autre, est dû à la complexité brusquement accrue des fonctions sensorielles, des mouvements qui leur sont liés et de toutes les associations nécessitées par ces fonctions. Mais ce grand développement, qui rend plus profonde la scissure médiane, est compensé, ou plutôt complété par le développement parallèle du corps calleux qui finit par l'emporter de beaucoup sur l'ensemble des autres commissures du prosencéphale et dont le rôle est surtout d'unir entre eux des points hétérotopiques des deux hémisphères.

Nous croyons inutile de revenir, après ce qui en a été dit dans la Phylogenèse, sur les relations périphériques bilatérales, directes ou indirectes, de chacun des centres du cortex : on nous pardonnera de rappeler à ce sujet le travail d'ensemble de Wertheimer et la revue générale de Grasset. Mais certaines de ces relations nécessitent ou impliquent une symétrie constante pour l'obtention de certaines données simples en apparence ; par exemple celle de l'éloignement ou de la profondeur des corps situés soit dans le plan médian, soit à droite, soit à gauche. La vision stéréoscopique s'oppose donc à l'argument qui dirait, pour rétablir une corrélation

fondamentale et exclusive entre chaque co-être et chaque moitié *physiologique* du névraxe : « Chaque hémisphère voit et regarde la portion de l'espace qu'il touche et explore par ses autres centres. » D'ailleurs, chaque paire d'organes sensoriels, avec ses muscles et organes annexés, est commune aux deux co-êtres.

Quant au système sympathique,si important pour la genèse des sentiments et l'évolution des tendances, on sait que ses fibres, avant même de formes plexus pour innerver les organes auxquels elles sont destinées,même les organes pairs, s'envoient de nombreuses anastomoses transmédianes. Les plexus ganglionnaires situés a la surface et dans l'épaisseur des parois des viscères sont organisés de telle sorte que les réflexes dont ils sont le centre sont toujours diffus.

Asymétrie du névraxe. « Les deux individus qui forment l'homme ne sont égaux et semblables en rien. Les deux cerveaux,par exemple,sont inégaux en poids, inégalement distants de l'axe et leur topographie superficielle n'est pas strictement pareille » (p.24 et 25). « Nous savons que... les deux co-êtres se différencient l'un de l'autre par le poids du cerveau et son relief topographique, par des différences organiques dans le poumon... et par le poids total de leur masse » (p. 95). Telles sont les différences, les seules, que l'auteur ait trouvées, et qui justifient à ses yeux la permanence de la bi-individualité et l'opposition des caractères psychiques. Il en a lui-même marqué la valeur en admettant le poumon dans sa brève nomenclature. Il a négligé de chercher la signification physiologique de ces différences, tout comme il en avait négligé l'origine phylogénique. (On peut voir sur ce sujet Wundt, 1902, I, p. 237 et p. 239 ; Cajal, 1906.)

C. Physiologie. — « La vie normale de l'être double résulte à la fois de la participation de chacun des deux individus à l'œuvre commune et de la *coordination* constante de chacune de ces deux activités... Il y aura anomalie lorsque la coordination entre les deux activités individuelles cessera d'être complète » (p. 23).

Cette coordination est ici une fonction nouvelle, tout autre que celle qu'envisage la physiologie classique, différente également de ce que l'Auteur appellera plus tard le « modus vivendi » des co-êtres: elle est en effet supérieure à ces derniers, les gouverne, leur préexiste, comme elle

préexiste au Moi : elle est la raison d'être de leur conjugaison. Elle n'a à son service aucun organe propre. Enfin lorsqu'elle est en souffrance dans les états pathologiques où se démasque la bi-individualité, elle continue à s'exercer partiellement dans les fonctions viscérales et plusieurs des fonctions de relation, telles que la phonation, la mimique etc. Or l'Auteur a négligé de limiter son domaine. « Il y aura, dit-il, anomalie lorsqu'un des deux individus réduira ou supprimera son concours » (p. 23). Pourtant on chercherait vainement dans son livre l'exposé des processus par lesquels un seul co-être arrive à prendre momentanément en main la direction de la vie d'ensemble. Quant aux manifestations unilatérales de la motricité, quoique la plupart d'entre elles impliquent la synergie des deux moitiés, il ne cherche pas à savoir comment cette synergie constante qui intéresse toute la vie de relation, peut s'allier avec l'indépendance de vie des deux co-êtres; il ne dit pas, non plus, comment cette coordination, qui porte, avons-nous vu, sur les fonctions de nutrition et les fonctions de relation s'accorde avec les tendances opposées qu'il attribue à chaque moitié et qui entretiennent entre celles-ci un continuel état de guerre.

Nous n'avons pas à répondre pour lui à toutes ces questions : ce serait refaire toute la physiologie, car la coordination, toute naturelle en cas d'unité, est au moins difficile à se représenter, sinon inexplicable, entre deux individus « conjugués » mais manifestant indépendamment l'un de l'autre, d'après le duplicisme, la meilleure part de leur activité.

D'ailleurs, que sont ces tendances ? Comment s'en faire une idée exacte puisqu'elles ne se manifestent jamais à l'état normal : chez l'adulte, en effet, gouverné par le « MOI supérieur », la conscience ne les connaît pas. Chez l'enfant, avant l'apparition du moi, l'Auteur lui-même ne songerait pas à en voir un exemple dans l'incoordination primordiale et passagère des mouvements. S'exprimeraient-elles dans les modifications passagères du caractère et de la conduite de l'enfant, modifications comparables aux alternances que l'on observe chez l'adulte à l'état pathologique, et où l'Auteur voit une manifestation de la diversité des tendances ? Non, car il y aurait alors un

état prime et un état second analogues à ceux de l'hypnose, et c'est ce que l'on n'observe jamais.

Il ne serait cependant pas légitime de conclure de cela que les tendances n'existent pas chez l'enfant comme chez l'adulte, quoique « l'effort *en vue* de la coordination » caractérise, ainsi que le fait remarquer l'Auteur (p. 122), la période (de 3 à 18 mois) où s'organisent les fonctions de relation. Nous admettons provisoirement que la fonction mystérieuse de la coordination des deux individus, fonction innée, est conciliable avec les tendances et aptitudes opposées : nous prendrons ces deux dernières dans leur sens le plus général, faute de toute définition donnée par l'Auteur, et n'aurons plus qu'à examiner : 1° si les différences physiologiques normales entre les deux moitiés autorisent l'attribution d'aptitudes différentes et de tendances opposées; 2° si les conditions habituelles de la vie de l'individu et de la race expliquent la persistance de tendances opposées.

D'autre part, puisqu'il y a anomalie « quand l'un des deux individus réduit ou supprime son concours », et que chaque moitié est présente à tout acte et à toute sensation dans la mesure permise par son organisation, puisque chaque co-être « vit sur un fond de notions, d'habitudes, de règles de conduite antérieurement incorporées à sa mémoire » (p. 56), nous aurons à rechercher (3°) si, dans les conditions habituelles, chaque moitié peut acquérir des souvenirs qui lui soient propres, et dans quelles limites ces souvenirs peuvent différer de ceux de l'autre moitié.

1° Les seules différences physiologiques que l'on constate entre les deux moitiés sont : la prédominance de la force musculaire et une sensibilité un peu plus délicate dans le côté droit du corps. (Van Biervliet, 1900-1901) et la localisation des centres du langage dans l'hémisphère gauche. Y-a-t-il vraiment là des aptitudes différentes ? Est-il légitime de se baser sur cela pour avancer que « l'individu auquel appartient le cerveau gauche est probablement plus intellectuel » (p.) ? Remarquons d'abord que les deux hémisphères coopèrent presque toujours pour la lecture et l'audition des mots, et pour fournir les images ou idées évoquées par les signes vus ou en-

tendus. De plus, en l'absence de toute indication précise, quelle qualité attribuer au cerveau droit ? Dira-t-on que, « moins intellectuel », il est plus porté à l'action ? Non, puisque ses muscles sont précisément moins forts et surtout moins exercés que ceux du cerveau gauche. Plus étroitement soumis à ses « impulsions » ? Non, répondrait l'Auteur, car les deux cerveaux sont égaux devant leurs impulsions, auxquelles ils obéissent l'un et l'autre, tant que le Moi ou leurs raisons personnelles ne viennent pas les arrêter. Ce n'est pas à nous de proposer d'autres hypothèses, mais puisque chaque cerveau a sa vie psychologique propre, une vie à laquelle ne manquent que la « Raison supérieure et la volonté », puisque chacun d'eux peut avoir des qualités morales, l'un étant bon, par exemple, ou dirigeant la personne — en l'absence du Moi — quand celle-ci se montre bonne, l'autre étant mauvais (p. 45 et 46), il est évident que le cerveau droit a, tout comme l'autre, en supposant possible leur indépendance psychologique, des idées abstraites et des idées générales. Or, si l'on peut penser sans mots (Galton, Romanes, Ribot 1898), on ne le fait que rarement, et la vie psychique attribuée par l'Auteur aux co-êtres est infiniment plus étendue et plus complexe que la simple logique des images. On ne peut avoir présents à l'esprit des concepts abstraits ou généraux sans avoir en même temps dans la conscience les termes qui les expriment directement ou par métaphore. Le raisonnement proprement dit, inductif ou déductif, que l'Auteur octroie aussi aux co-êtres, est également impossible sans l'afflux et l'intégration rapide des images d'un grand nombre de mots. Puis, donc, que le cerveau droit a à sa disposition tous les matériaux du langage, comment le langage peut-il être une source de différences entre les deux co-êtres ? Je ne demanderai pas comment il se fait que le cerveau droit soit moins intellectuel, car je laisse à l'Auteur l'éclaircissement de cette épithète irréfléchie. D'autre part, si, dans les actes les plus élevés de la vie psychique des co-êtres, la « coordination » admise, mais inexpliquée, intervient encore, si, là encore, la synergie est constante, que devient leur indépendance, où se placent leurs vies propres ?

Le substrat physiologique des différences d'aptitudes

et de tendances n'a donc pas plus de valeur que leur substrat anatomique.

2° Admettons pourtant, puisqu'il le faut pour de si bonnes raisons (persistance du duplicisme, existence de la liberté) de multiples tendances et aptitudes originellement différentes. Voici deux co-êtres qui partagent avec la plus parfaite équité l'air et la nourriture, souffrent des mêmes humeurs et des mêmes besoins, ont ensemble des périodes d'épuisement et d'activité, de santé et de maladie ; non contents de désirer, posséder, interchanger (more canino ; more paterno) et abandonner à la fois leurs respectives demi-maîtresses, sans même songer à soulever à l'ocasion la question de la paternité, ils vont jusqu'à se prêter obligeamment leurs organes : « On peut vivre avec un seul rein », remarque l'Auteur de la préface (p. XII), tout en notant que cette faculté, latente à l'état normal, ne peut guère être prise pour indice d'une sûre entente nutritionnelle des deux co-êtres : en un mot, *le milieu intérieur*, *la cénesthésie* sont constamment identiques pour les deux moitiés ; le milieu extérieur l'est presque toujours : milieux et cénesthésie l'étaient depuis les époques géologiques, et les tendances et aptitudes persistent à être différentes: « non seulement l'aspect dupliste a subsisté ; mais il ne semble pas qu'il soit même en voie de s'atténuer » (p. 95) !

A l'identité de la cénesthésie on pourrait rattacher celle des sentiments, mais il vaut mieux considérer ceux-ci avec les sensations, à propos des acquisitions de chaque co-être.

Quant à cette synergie qui dépasse de beaucoup la coordination envisagée par l'Auteur, qui pénètre, avons-nous vu, tous les actes de la vie psychique, toutes les manifestations des fonctions de relation (courants simultanés d'actionnement et d'inhibition), cette synergie, bien plus constante que celle qui crée une ressemblance morale et jusqu'à une certaine ressemblance physique entre les époux unis depuis longtemps, ne serait-elle pas capable à elle seule d'abolir les différences originelles? lorsqu'une cause accidentelle immobilise la main droite, la main gauche, chargée d'une plus grande somme de travail, n'acquiert-elle pas rapidement une force et une habileté, jusqu'alors inconnues d'elle, mais qu'elle perdra bientôt si les anciennes conditions se rétablissent ?

On sait que, dans les mouvements unilatéraux, l'asynergie n'est

jamais absolue ; que, pour les mouvements bilatéraux dyssymétriques (tête, yeux, mouvements de la marche, etc.), il existe des centres de coordination spécialement chargés d'assurer la synergie des deux moitiés et dont l'hypnose respecte toujours l'activité, l'hypnose qui, pour l'Auteur, dissocierait les deux moitiés ; la synergie est une condition fondementale de vie, je parle de la synergie constatée par l'observation, tandis que la coordination inexpliquée de l'Auteur peut être, d'après lui, enrayée sans que la mort s'en suive. Les équivalents psychiques des mouvements coordonnés (marche, actes techniques, etc.) deviennent vite indissociables; l'esprit les évoque en bloc sans y voir la part de chaque moitié du corps. Par la facilité et le caractère souvent inconscient de leur jeu, ils ressemblent aux tendances, aux impulsions. Quand de tels mouvements sont exécutés, dira-t-on que leur simplicité représentative les laisse indifféremment à la disposition des deux co-êtres, que ceux-ci s'en servent quand ils veulent ? Alors, encore une fois, que devient ce continuel état de guerre auquel l'Auteur fait si souvent allusion et qui implique et explique les tendances opposées ? Quelle place celles-ci trouvent-elles dans la vie normale pour y subsister en silence, et, ce ménage des co-êtres, si uni dans son foyer, si exemplaire en public, où se cache-t-il pour manifester et entretenir tant d'aigreur ?

3° « Chaque co-être est susceptible ... de percevoir l'idée des objets et de ressentir des sensations très complexes ... de saisir les rapports qui unissent les objets entre eux, les idées entre elles ou avec les objets, enfin les idées, sensations et objets avec le sujet même... Il vit sur un fond de notions, d'habitudes.... antérieurement incorporées à sa mémoire, comme le sont les images, les objets, les sensations ressenties et les mots qui représentent ces idées et ces sensations » (p. 56).

Il existe en effet des preuves de l'existence dans chaque hémisphère d'associations histologiques servant de base à des souvenirs et capables de se manifester séparément. Telles sont les *agnosies* unilatérales, et notamment l'astéréognosie, d'une main, par exemple, dues à une lésion en foyer d'un hémisphère. Mais, quelle que soit leur importance pour la connaissance, ces groupements ne portent que sur un ordre restreint de sensations et, outre que, sauf ceux des images visuelles et auditives des mots, ils sont probablement semblables dans les deux hémisphères (v. p. 216), leur valeur affective est nulle : ils sont inertes ; rien en eux ne pousse au mouvement : ce sont de simples

documents, à eux seuls insuffisants pour la perception des rapports indirects, objet d'un raisonnement proprement dit.

Suivons maintenant les *sensations*, les sentiments, les idées, bref, tout ce que peut contenir la mémoire, pour faire la part des éléments communs aux deux moitiés et de ceux qui peuvent être propres à chacune.

On a vu grâce à quelle fondamentale erreur anatomique l'Auteur considère chaque moitié anatomique du névraxe comme présidant à la vie psychique de la moitié opposée du corps. Nous ne reviendrons pas sur les sensations visuelles déjà trop longuement envisagées à propos des voies et centres optiques.

Les sensations gustatives et olfactives unilatérales sont extrêmement rares. Il en est à peu près de même pour les sensations auditives, qui, du reste, mieux encore que les sensations visuelles, mettent en jeu les deux hémisphères, lors même qu'une oreille est seule affectée. De plus, celles qui sont psychiquement les plus importantes, celles que donne le langage articulé, emmagasinent leurs résidus dans l'hémisphère gauche à côté des images verbales visuelles. On sait, d'autre part, que tout ébranlement sensoriel met forcément en jeu les deux hémisphères.

Parmi les sensations données par la *peau* et les *muqueuses*, beaucoup naissent à l'occasion de mouvements coordonnés et entrent par là dans des groupes mnémoniques indissociables ; beaucoup de celles-ci et d'autres encore entrent dans des complexus psychiques où les deux côtés du corps ne sont pas opposés. Presque toutes les sensations, si importantes comme repères mnémoniques, dues à l'action directe du milieu extérieur (température, pression) se joignent indissolublement à des souvenirs cénesthésiques et sont identiques pour les deux côtés. Les sensations nées de l'effort, capitales pour la genèse de la notion de résistance et dans l'opposition du non-moi au moi sont identiques quel que soit le côté qui agisse sur le milieu extérieur, et même uniques et communes aux deux côtés, tant par leur origine que par leurs effets psychiques et leur place dans la mémoire. Il en est de même pour la plupart des éléments affectifs de chaque sensation, même lorsque ces éléments ne sont pas déjà réveillés par l'évocation d'une sensation antérieure. Enfin, certaines des sensations tactiles liées aux « appétits » les plus élémentaires des co-êtres, celles que fournit le revêtement des organes génitaux et dont le rôle psychique est de toute importance, sont toujours, sous tous les rapports, identiques pour les deux côtés.

D'un autre côté, les ébranlements venus des organes des sens spéciaux ne sont pas seuls à intéresser les deux hémisphères ; toute

sensation tactile ou thermique est conduite par des fibres abandonnant des collatérales à des centres gris qui en reçoivent aussi, directement ou indirectement, des fibres homologues du côté opposé : quand un nouvel ébranlement passera par ce dernier côté, il éveillera, pour s'en charger et en être modifié plus ou moins, des résidus laissés par les ébranlements venus de l'autre côté du corps. Déjà multiples dans la moelle, ces connexions entre les diverses voies sensitives et les noyaux qui en dépendent deviennent encore plus nombreuses et plus complexes dans le cerveau postérieur et le cerveau moyen, si bien que les ébranlements qui arrivent au diencéphale sont des complexus où l'ébranlement principal ne fait que prédominer sur les résidus laissés par ses prédécesseurs venus de l'un et de l'autre côté. Cette fusion paraît même nécessaire à la création des signes locaux quels qu'ils soient,comme elle l'est à la formation, grâce à la répétition qui élimine les extrêmes ,des centres corticaux physiologiques. Les sensations les plus simples sont d'abord vagues ; ce n'est que grâce à leur répétition, produite dans des circonstances forcément différentes, que l'enfant les localise par rapport à son plan médian, à la surface de son corps, comme dans le milieu externe, puis passe progressivement à des localisations plus fines.

Admettons pourtant que, pour les sensations tactiles, la part du côté non impressionné soit absolument négligeable ; on sait, par contre, que, non seulement pour la *perception*, mais bien moins encore, pour la simple reconnaissance, il faut souvent que la sensation s'associe à des sensations visuelles, auditives, à des complexus ayant cette double base, et impliquant, quelle que soit leur importance, la collaboration passée et présente des deux hémisphères.

Les sensations les plus facilement évoquées par la mémoire sont celles dont la *teinte affective* était le plus accusée; ce sont aussi celles dont le souvenir est le plus vivace et qui ont le plus d'importance dans la vie active. Or, le caractère affectif est dénué par essence de toute particularité locale : c'est par abus de langage qu'on parle de localisation de la douleur: ce serait par un abus semblable qu'on parlerait de la localisation du plaisir que donne, par exemple, la rencontre d'un corps tiède par la main engourdie par le froid. La teinte affective des états neutres en eux-mêmes, due au réveil d'un souvenir, est également la propriété de l'organisme tout entier.

D'autre part, c'est par leur teinte affective que les sensations sont ordinairement le point de départ d'une réaction, soit « volontaire » et précise (dans ce cas il se peut qu'un seul côté agisse, mais les deux ont participé à la genèse de l'acte), soit spontanée et alors locale ou généralisée; dans ce dernier cas, celui des émotions, le plus fréquent et le plus important pour ses conséquences psycholo-

giques ultérieures, l'organisme entier est intéressé et les deux hémisphères marquent encore chacun le même nombre de points ; que l'on considère en effet la réaction viscérale comme primitive (James, Lange) ou secondaire au sentiment, quel que soit le point de départ, uni- ou bilatéral, de l'élément dit intellectuel, souvent ici très faible et même négligeable, la réaction viscérale, inconnue dans ses détails, forme un tout indivisible et commun aux deux moitiés, dans sa représentation comme dans ses effets ; l'indépendance très relative des vaso-moteurs des deux côtés du corps n'est que très rarement mise en jeu dans l'émotion. Les réactions vasomotrices ne sont d'ailleurs qu'un facteur de second ordre, si on les compare aux modifications des contractions du cœur, du rythme respiratoire et de l'action des divers muscles du larynx, du tube digestif, etc.

A la base de toute tendance est un sentiment : on voit donc, non seulement combien, jusqu'à présent, le bagage psychologique des co-êtres diffère peu de l'un à l'autre, mais aussi combien invraisemblable est la diversité des tendances que l'Auteur leur prête : la tendance, l'impulsion, serait telle, en effet, chez eux, qu'ils agiraient dès que les circonstances le permettent, c'est-à-dire après des ébranlements ne contenant qu'un minime élément de connaissance : cela restreindrait encore leurs chances de diversité, s'ils pouvaient en avoir.

Revenons aux acquisitions. Chaque moitié aurait ses *idées* propres ; cela aurait du moins demandé à être prouvé, car il est vraisemblable d'après plusieurs passages qu'il ne s'agit par de simples idées images, mais d'idées quelconques, abstraites ou concrètes, particulières ou générales, d'idées symbolisant des jugements et des raisonnements. Or ici le cas est tout autre que pour les complexus dont l'altération cause les agnosies ; il ne s'agit plus de résidus emmagasinés et rendus tels quels par la mémoire, mais de processus, d'*actes* que l'esprit reproduit instantanément quand quelque chose en est évoqué. Ils échappent par là à une localisation quelconque, quoique certaines lésions puissent rendre impossibles les opérations dont ils résultent. Nous avons déjà parlé, à propos des tendances, de la nécessité de l'intervention du cerveau gauche pour les idées abstraites et générales, qui n'ont guère d'autre image maniable et commode que celle du mot qui les exprime et qui n'en ont pas de plus fixe ni de plus solide. Peut-on en conclure que les opérations complexes de l'entendement se passent nécessairement dans le cerveau gauche, le droit n'intervenant qu'indirectement, par les souvenirs évoqués ? Cela serait au moins prématuré. Mais s'il est franchement illogique d'attribuer à chaque hémisphère des idées préformées, qui, pour le psychologue, ne sont que des suites de mots, et siègent par conséquent à gauche, il l'est bien plus en-

core d'attribuer à chacun la faculté de forger des idées et de les travailler indépendamment de son congénère.

Considérons pour finir *les notions d'espace et de durée* et admettons avec l'Auteur que les deux co-êtres sont présents à toutes les actions du non-moi sur le moi et réciproquement ; on se rappelle qu'il y a anomalie « quand un des deux individus réduit ou supprime son concours ». et l'on sait que leur présence ou prédominance alternative se traduit par l'apparition de deux séries d'états de conscience. Il est évident, d'autre part, que la synthèse de sensations ou d'états de conscience qui implique les formes de temps et d'espace et constitue les notions de durée et d'étendue ne peut pas être l'effet du moi conscient.

Si donc les sensations s'unissaient en deux séries distinctes, chaque co-être aurait sa notion spéciale de la durée, notion qui pourrait être distincte de celle de l'autre : laquelle choisirait le moi, ou comment rétablirait-il l'accord ? Si, au contraire, la notion de durée est toujours identique pour les deux co-êtres, c'est que chacun non seulement participe aux sensations et actes de l'autre, mais encore connaît ses états de conscience primitivement et à mesure qu'ils se succèdent ; nous verrons plus loin ce qu'on peut penser de ces deux consciences contiguës, mais, dans la seconde hypothèse, que devient l'indépendance ? Tomberions-nous encore ici dans ce domaine de la « coordination » dont les limites ont été laissées si vagues ?

Il en est de même pour la notion d'étendue, dont les constituants les premiers dans l'ordre chronologique et les plus importants sont fournis par les actes synergiques des deux moitiés ; on peut admettre que cette notion, formée en commun (par les organes du tact et du mouvement, les yeux et leurs muscles)est ensuite utilisée par chacun; ce serait un simple effet de la coordination primordiale admise par l'Auteur, la forme espace existant congénitalement chez chacun. Mais il n'en est pas moins vrai que, dans la plupart des cas, l'estimation ou la simple notion vague de la profondeur, de la distance à l'objet, de l'étendue, nécessite et implique l'intégration primordiale et spontanée des sensations des deux hémisphères. Or il est impossible de dissocier ces sensations du reste du contenu de l'état de conscience, et, d'autre part, l'idée d'étendue intervient, plus ou moins nette, dans la plupart de nos pensées, sous des formes diverses : nouvelle communauté, nouvelle dépendance réciproque à enregistrer. « Chaque fonction psychophysique arrivant à notre observation, dit Wundt (1902, I. p. 229), est déjà en soi une fonction centralisée, c'est-à-dire une collaboration synergique de plusieurs fonctions périphériques. Nous ne savons pas et ne saurons jamais quelle est la contribution particulière de l'oreille ou de la rétine dans la formation de nos perceptions, parce que les fonctions de ces deux organes, comme celles de tous les au-

tres, ne sont accessibles à notre observation qu'à l'état centralisé, c'est-à-dire unies à d'autres fonctions. »

La revue générale déjà indiquée sur les fonctions motrices(Grasset, 1905) bilatérales des hémisphères contient la plupart des indications essentielles sur ce sujet. Mais nous croyons utile d'insister ici, à propos des centres à action unilatérale, sur ce fait que ces centres, les seuls qui par eux-mêmes ne constituent pas une objection au duplicisme sont les plus récents phylogéniquement,contrairement à ce qu'implique cette théorie. Chez les Mammifères inférieurs, et souvent même chez le chien et quelques singes (Brown — Séquard, 1882), leur excitation, précédée ou non d'une hémisection d'un côté quelconque de la moelle, est le plus souvent suivie de mouvements bilatéraux ; ces derniers, chose curieuse, portent tantôt sur les deux membres antérieurs ou postérieurs, tantôt sur l'un quelconque des bipèdes diagonaux, comme si le groupe des deux mouvements synchrones de la marche avait une représentation unique dans différents centres. Ces expériences démontrent par une autre voie la synergie primordiale des deux moitiés du névraxe ; c'est par l'inhibition ou la dynamogénie, et par l'exaltation ou la diminution de la sensibilité dans une moitié du corps, que sont créées les variétés symptomatiques qui suivent soit les hémisections, soit certaines excitations centrales.

Quant aux centres plus spécialement affectés à la sensibilité générale ou spéciale, outre les «centres de perception» qui sont ceux dont il a été déjà question (calcarines, T^1 et T^2 etc.), il existe des «centres de souvenir»(Wilbrand)(Merkcentra de Cajal, 1906) que certains auteurs, Cajal entre autres, distinguent encore en primaires et secondaires (voir les arguments de cet auteur, 1906, p. 53). Les uns et les autres sont considérés comme unilatéraux : « Tous les centres de souvenir ou centres commémoratifs connus sont unilatéraux (aphasie, cécité verbale, surdité verbale).... Il serait étonnant que l'image optique ou acoustique d'une lettre ou d'un mot fût localisée exclusivement dans un hémisphère et que l'image de souvenir d'un son ou d'une figure géométrique existât dans des champs symétriques des deux hémisphères.... Donc, les centres commémoratifs d'un côté, bien qu'homologues de ceux de l'autre côté à l'égard de la fonction générale, ne renferment pas les mêmes représentations... D'où augmentation de la « capacité » du cerveau et réunion dans des régions voisines d'un même côté d'acquisitions diverses se rapportant à un même objet extérieur et nécessitant ainsi des voies d'union courtes et nombreuses».

Enfin, chaque centre de souvenir primaire et secondaire est uni aux centres perceptifs et commémoratifs des deux côtés (p. 56) par des voies, qui pour la plupart sont formées de fibres de direction contraire. D'après Tanzi (1901), les hallucinations ont leur origine dans un centre de souvenir duquel part l'excitation qui met

en branle les deux centres de perception. Si, par exemple, une hallucination de la vue naissait dans un des territoires calcariniens, elle serait hémiopique.

Quant aux centres de perception, le principe de l' « unité d'impression ou de sensation », défendu aussi par Cajal est également contraire à l'essence du duplicisme. On remarquera à ce propos que cette théorie ne pourrait pas s'appuyer sur la diversité des acquisitions de chaque hémisphère pour expliquer la persistance de l'opposition des aptitudes et tendances des co-êtres : ces résidus que Cajal suppose avec raison différer d'un côté à l'autre concernent des associations ou souvenirs élémentaires, essentiellement simples, si simples que, comme les images verbales ou visuelles des mots, ils entrent forcément comme composants dans les actes les moins compliqués de l'entendement, et sont toujours donnés par la mémoire conjointement avec des souvenirs élémentaires emmagasinés dans le côté opposé. Du reste le principe de l'unité d'impression met encore mieux en évidence la nécessité de la synergie ; dans les cas où l'impression périphérique a un caractère spatial, « chaque fibre sensorielle conduisant un signe spatial se termine d'un seul côté du cerveau..; les fibres [continuant physiologiquement les fibres] nées en des points identiques des deux rétines se terminent dans un seul groupe de pyramidales isodynamiques. L'unité de la rétine cérébrale corrige la dualité de l'impression centrale. La dualité de l'image quand les axes sont déplacés tient à ce que les points rétiniens identiques correspondent, non plus à un seul, mais à deux groupes de pyramidales isodynamiques. » Pour les sens non spatiaux, l'impression est purement qualitative et affecte simultanément les deux hémisphères : son intensité est ainsi augmentée. Quant à son unité, elle est d'après Cajal, assurée par ce double fait que des groupes isodynamiques de cellules (affectées à la même qualité) sont répartis dans les deux moitiés du cerveau ; — que chaque fibre sensorielle afférente se divise en un rameau direct pour le groupe cellulaire homomère et un rameau indirect pour le groupe hétéromère.

En un mot, la structure du système nerveux est telle que tout ce qui lui arrive, tout ce qu'il fait, se trouve intégré en fonction des deux moitiés. En le suivant du bas au sommet de la série des Artiozoaires, on voit que sa complexité croissante a pour but de défendre l'organisme, non pas contre une dualité fictive, dont la seule expression serait la symétrie bilatérale, mais contre la multiplicité et la complexité croissantes des fonctions et de leurs organes. Il y obvie par la division du travail,

poussée à un tel point qu'aucune de ses parties n'a exactement les mêmes fonctions qu'une autre. Les deux lobules paracentraux se partagent l'innervation directrice de la marche, comme les deux calcarines se partagent le champ visuel. Dans l'encéphale, les suppléances après déficit, hétéromères ou homomères, sont différentes de celles des autres organes : elles ne sont pas immédiates et spontanées, car elles ne consistent pas en une simple augmentation de la tâche de la partie suppléante : elles s'établissent lentement et progressivement, car elles nécessitent un remaniement des résidus préexistants et la création de nouveaux résidus par les ébranlements arrivés au centre suppléant par des voies déterminées. Mais si le déficit est précoce, par exemple antérieur à la naissance, s'il y a agénésie, il n'est pas nécessaire que *s'établisse* une suppléance proprement dite et la lésion peut passer inaperçue : agénésies partielles du cervelet, vastes porencéphalies détruisant la presque totalité d'un hémisphère : on a vu qu'un co-être peut vivre sans rein (p. XII) ; il n'est pas sans intérêt de constater qu'il peut aussi vivre sans cerveau, sans même que ses caractères psychologiques propres paraissent sensiblement altérés. L'absence d'un hémisphère a été souvent objectée aux théories parentes de celles que nous combattons (Cotard, etc.). Dans certains cas, quoique le déficit unilatéral ne soit pas total, ne porte, par exemple, que sur les zones motrices et les centres du langage, la suppléance par l'autre hémisphère, ne peut être mise en doute. Tels sont les cas où manquent dans le pédoncule et la moelle les fibres (la voie pyramidale notamment) provenant du côté malade du cerveau et du côté correspondant (croisé) du cerveau moyen et du pont.

Une observation d'Ugolitti (1905) est à ce point de vue tout à fait caractéristique. Dans ce cas, et dans beaucoup d'autres où le déficit était encore plus considérable, un seul hémisphère a donc pourvu à la vie organique et psychique de deux co-êtres, et cela, d'une façon telle que, malgré son étendue, la lésion resta et reste souvent latente.

Le duplicisme est contraire à toutes les données des

sciences biologiques. Basé sur une interprétation simpliste et manifestement erronée de la symétrie bilatérale, il est contredit par l'évolution phylogénique et ontogénique des Artiozoaires ; la « dualité d'origine », la situation du premier plan de segmentation ne prouvent rien en sa faveur ; les expériences de tératogénie lui sont nettement opposées. Il ne donne aucune explication satisfaisante de l'unicité originelle de certains organes, ni de l'unicité acquise et asymétrique de certains autres. Il ne tient pas compte des connexions bilatérales motrices et sensitivo-sensorielles de chaque moitié du système nerveux et serait incapable d'expliquer les entrecroisements partiels ou totaux des voies de conduction, et les variétés que présentent ces entrecroisements dans la série des Vertébrés.

Au point de vue physiologique, il suppose une nouvelle fonction qui aurait en elle-même sa raison d'être : la coordination de deux individus et de deux individus seulement ; il n'explique pas la facilité des suppléances viscérales et néglige la synergie nécessaire de la plupart des organes pairs de la vie de relation ; il n'explique pas la persistance d'aptitudes et tendances différentes chez les co-êtres, persistance en contradiction avec la communauté forcée du milieu intérieur, du milieu extérieur le plus souvent, et de toute la vie affective. Il est en contradiction absolue avec la synergie nécessaire des deux moitiés du système nerveux, et notamment des hémisphères, pour la formation *des éléments* de la vie psychique, puis pour les actes *psychiques* les plus élémentaires ou les plus compliqués, synergie telle que les manifestations connues de l'activité d'un seul hémisphère, ou plutôt de sa prédominance, sont toujours accompagnées, si elles sont conscientes, de la collaboration de l'autre hémisphère ; il est en contradiction avec l'unité ou unilatéralité de tous les centres de perception afférant aux sens spatiaux et avec l'unité ou unilatéralité de tous les centres de souvenir primaires et secondaires, ainsi qu'avec l'existence des nombreuses fibres du corps calleux et des deux commissures blanches réunissant des points hétérotopiques. Tous ces faits font que les concessions faites autrefois par Ribot et d'autres philosophes sur l'indépendance possible des

hémisphères cérébraux ne sont plus admissibles aujourd'hui, du moins pour les circonstances envisagées par ces auteurs et par le duplicisme, c'est-à-dire pour le fonctionnement à équivalent psychique complexe. Le duplicisme est en désaccord avec la psychologie comparée et avec l'évolution anatomique et physiologique du système nerveux et surtout du cerveau dans la série des Vertébrés. Il est enfin incapable d'expliquer les nombreux cas connus d'hémiatrophie cérébrale ou de vaste porencéphalie unilatérale demeurés latents pendant toute une vie qui dépassa souvent l'âge adulte. Bref, en but à toutes les objections faites aux théories antérieures à lui et qui ne supposaient que l'indépendance fonctionnelle, temporaire ou permanente, des hémisphères cérébraux, il l'est, en outre, à toutes celles qui visent la duplicité qu'il attribue à l'organisme entier de tout Artiozoaire.

(*A suivre.*)

LÉGISLATION

La revision de la loi du 30 juin 1838.

Examen critique de la nouvelle loi sur le régime des aliénés

(*Suite et fin.*)

PAR LE Dr V. BOURDIN
Médecin en chef de l'Asile du Mans (Sarthe).

SECTION III. — *Des condamnés reconnus aliénés ; des aliénés dits criminels.*

Cette section est l'une des plus intéressantes ; elle comblera une grave lacune de la loi de 1838. — L'art. 35 prescrit, que les condamnés reconnus épileptiques ou aliénés en cours de peine seront sur rapport d'un spécialiste, placés dans un *asile de sûreté*, s'ils sont condamnés à des peines afflictives ou infamantes ou à plus d'un an de

(1) Voir le n° de février.

prison ; à l'asile départemental, ils sont une moindre peine.

Je me permettrai deux observations sur cet article, dont le principe ne mérite que des éloges. La première est que le spécialiste devra être désigné par le préfet : je préférerais qu'il fût spécifié que ce serait l'un des médecins de l'asile, par rang d'ancienneté de services autant que possible ; à leur défaut, un médecin de maison de santé ou d'un asile départemental voisin, ce qui se justifie dans certains cas. On éviterait ainsi le danger que ces condamnés soient examinés par de soi-disant spécialistes qui ne manquent pas dans certaines villes, et envoyés à l'asile où le médecin traitant ne pourra que demander leur renvoi s'il ne les juge pas aliénés. Du reste, pour se prononcer en connaissance de cause, il n'aura plus les éléments d'information (dossier judiciaire, enquête officieuse, audition de témoins, etc.), dont dispose l'expert. Il serait bon aussi que le mode du règlement des honoraires de cet expert administratif soit déterminé.

La seconde observation porte sur la sélection des aliénés condamnés ; les uns seront envoyés à l'asile, les autres au quartier de sûreté uniquement en raison du degré de leur peine. — On s'explique mal ce dispositif : si l'individu est reconnu aliéné en cours de détention, il faut bien supposer qu'il était déjà, sinon fou, du moins déséquilibré, prédisposé, au moment de la condamnation. Il avait une tare cérébrale qui a été méconnue et qui était de nature à faire modifier le jugement : est-il juste de n'en pas tenir compte au condamné lorsque son état morbide a été découvert ? — J'estime que tout condamné reconnu aliéné devrait être dirigé sur l'asile ordinaire ; ce sera au médecin traitant à demander l'évacuation sur le quartier de sûreté, lorsqu'il lui sera démontré que le criminel est un objet de désordre ou même un danger à l'asile.

Le même art. 35 organise le service d'inspection dans les prisons. Nous espérons que ce service sera régional ; il pourrait être confié annuellement à tour de rôle aux médecins en chef d'asiles départementaux voisins, si on ne veut pas que chaque médecin en chef soit inspecteur dans son département.

L'art. 36 a trait aux prévenus déclarés irresponsables

pour cause d'aliénation ; cet article est long et la rédaction un peu obscure. Il gagnerait d'ailleurs à être complètement refondu.

Avant d'être déclaré irresponsable comme aliéné reconnu, l'inculpé a été *présumé* aliéné ; il est nécessaire que la loi décide ce qui devra être fait quand il y a présomption de folie. Actuellement, en pareil cas, le magistrat instructeur réclame une expertise, mais il n'y est pas tenu, et parfois il n'en voit pas la nécessité ou refuse de l'admettre en raison même de la nature du crime. La faculté de solliciter l'expertise appartient aussi, en pratique, à l'avocat ; cette expertise, si justifiée soit-elle, est souvent refusée, au grand dam de l'inculpé. — Un texte précis devrait figurer dans la loi, dans le genre de celui-ci : « Toutes les fois que chez un inculpé, prévenu ou accusé, il y a présomption d'aliénation mentale, soit en raison de ses antécédents héréditaires ou personnels, soit d'après la nature même ou les circonstances de l'acte commis, une expertise médicale sera ordonnée. La défense aura qualité pour solliciter cette expertise. »

On s'étonne encore de ne rencontrer dans la loi aucun article visant la responsabilité dite atténuée ou mitigée. On s'était déjà plaint que la responsabilité restreinte ne soit pas reconnue par la loi, d'où les divergences de vues à ce sujet entre médecins. Il est certain que si la diminution de responsabilité doit entraîner une réduction de peine dans tous les cas, et même souvent l'acquittement, elle constitue un non-sens, et, comme on l'a dit, signifie : danger social augmenté. Je crois, quant à moi, qu'un individu à responsabilité atténuée, souvent plus redoutable qu'un aliéné, doit être considéré dans tous les cas comme un malade, et, par suite, être admis à l'asile, d'où il pourra être, si besoin s'en révèle ultérieurement, envoyé au quartier de sûreté. S'il vient à guérir, ou au moins à cesser d'être dangereux, car, par définition même, il n'est pas un pur impulsif et est susceptible d'amendement moral, — il sera remis en liberté.

Dans la discussion qui a surgi sur l'art. 36, un député a mentionné la possibilité d'un désaccord entre le juge d'instruction et le tribunal : il y en aura bien d'autres, mais ce qui m'a surpris, c'est la déclaration du rappor-

teur affirmant que le différend sera tranché par le médecin. Comme je l'ai déjà dit, le médecin ne fait qu'émettre un avis qui n'enchaîne pas le juge ; du reste, cet avis, il l'a donné au magistrat instructeur, et, s'il y a divergences d'opinion entre celui-ci et le tribunal, c'est bien que l'avis de l'expert n'a pas été admis.

Une bizarrerie de cet art. 36 est de renvoyer devant le tribunal un inculpé déclaré irresponsable : nous médecins, lorsque nous sommes en présence d'un aliéné criminel, nous nous efforçons toujours de lui éviter une comparution devant les tribunaux. Celle-ci d'ailleurs n'est d'aucune utilité, à moins que la Cour ne prétende se rendre compte par elle-même de l'état mental du prévenu : dès lors, à quoi aura servi l'expertise ? En réalité, si un jugement ou une ordonnance de non-lieu a déjà proclamé l'irresponsabilité du prévenu, après expertise, qu'est-il besoin d'un nouveau jugement ?

Mais l'art. 36 va plus loin : ce second jugement devra être précédé d'une nouvelle expertise qui sera contradictoire. Que de complications, et que de frais ! Et puis, l'expertise contradictoire est un mythe ; en fait, elle n'existe pas. Ou le diagnostic de l'aliénation s'impose, et il n'y a pas lieu à discussion ; ou le cas est douteux, et alors, l'opinion d'un des médecins, jugé plus compétent par ses collègues ou jouissant de plus d'autorité auprès d'eux, va prévaloir d'emblée, ou il y aura discussion. En telle occurrence, les médecins se mettront bien d'accord sans doute, mais en se faisant des concessions mutuelles sur le dos de dame Vérité.

L'article 37, auquel j'arrive maintenant, institue une procédure d'assises toute neuve : c'est le jury qui, dans tous les cas, sera appelé à prononcer sur la question de responsabilité de l'accusé ! — D'où lui vient cette compétence ? Et s'il déclare responsable, ce qui arrivera souvent, un aliéné en raison de l'horreur de son forfait, malgré tout ce que pourra dire le médecin, cet aliéné sera-t-il condamné ? Oui, d'après la loi, mais pour la forme sans doute, car, quelques jours après, lorsque les journaux ne parleront plus de l'affaire, le médecin de la maison d'arrêt aura beau jeu pour établir un certificat constatant la folie. Et la procédure applicable aux criminels devenus

aliénés (art. 35) va entrer en ligne : nouvelle expertise par conséquent, et nouveaux frais. Les formes actuelles sont plus simples,et par suite me paraissent préférables.

Les art. 38 et 39 sont ceux qui traitent de la question des asiles ou quartiers spéciaux, dits de sûreté, pour aliénés criminels. La question est de celles qui ont été le plus débattues dans les Congrès psychiatriques,en France ou à l'étranger. Je rappelle seulement que les opinions peuvent se ramener à trois : 1° les partisans de ces asiles spéciaux ; 2° les auteurs comme le rédacteur en chef de ce journal, qui n'en voient en aucun cas le besoin ; et 3° ceux qui demandent que ces asiles soient destinés aux aliénés dangereux, criminels ou non, qui n'ont pu être conservés dans les asiles ordinaires. J'ai moi-même émis l'idée que ces asiles soient construits, sur un type spécial,hors de la métropole, dans quelqu'une de nos lointaines colonies. La loi met la construction de ces asiles de sûreté au compte de l'Etat mais n'exige pas qu'ils soient sur le sol même de la France : ils pourront donc être bâtis, sinon tous,au moins quelques-uns,dans les colonies où l'on pourrait concéder aux aliénés de ce genre une certaine liberté.

L'art. 40 prévoit la sortie de ces criminels aliénés, mais il faudra que le médecin certifie qu'il n'y aucun risque de rechute. Comme on l'a dit à la Chambre, il est à supposer que jamais le médecin ne voudra encourir une telle responsabilité, et dès lors l'article est destiné à rester lettre morte. Une pareille pratique n'a rien de médical, et si les malades placés dans les asiles de sûreté n'en doivent jamais sortir, je demande qu'aucun médecin ne soit attaché à ces établissements : des gardes-chiourmes suffiront.

Cependant voici un individu à responsabilité incomplète,atténuée,sinon nulle,sur le compte duquel les médecins auront discuté aux Assises ; le jury admet l'irresponsabilité totale. Il est envoyé à l'asile de sûreté, mais ce malade alcoolique, hystérique, épileptique même, va s'améliorer ou guérir totalement ; il a toujours compris la gravité de son acte, l'a regretté dès les assises et après guérison il en sent mieux encore toute l'horreur.

Doit-on l'interner à vie? La loi le voudra ainsi, car ce taré, ce prédisposé à responsabilité atténuée plutôt que nulle, sera toujours en imminence de rechute et le médecin ne pourra garantir sa guérison absolue.

En ce qui me concerne, autant je suis hostile à l'intervention du pouvoir judiciaire, dans le placement des aliénés volontaires, autant j'en suis partisan, lorsqu'il s'agit d'aliénés criminels : c'est la justice qui doit faire entrer à l'asile ces malades, sur avis d'un médecin, c'est elle qui doit les faire sortir, encore sur avis médical, mais en tenant compte des actes qui leur ont été imputés. Il ne doit pas y avoir impossibilité légale de sortie.

Section IV. — *Sorties définitives ; sorties provisoires ; évasions.*

Les sorties, définitives ou provisoires, font l'objet des art. 41 à 44. Les sorties provisoires, ce sont les sorties d'essai, dont tous avons été ou sommes encore partisans. Plusieurs d'entre nous ont obtenu, sous le régime actuel de la loi de 38, une règlementation administrative de cette pratique des sorties provisoires. La mesure m'avait longtemps paru merveilleuse, l'expérience m'en a fait rabattre; outre les complications administratives qu'elles entraînent, et qui font le désespoir des comptables, je n'en vois guère aujourd'hui la nécessité. Elles ne peuvent convenir qu'à des malades améliorés ; or les parents qui désirent retirer un des leurs ne manquent jamais de le trouver parfaitement rétabli, et du reste ils prennent la responsabilité — purement morale et sans risque — de tout ce qu'il pourra faire au-dehors ; ils s'engagent enfin à le ramener s'il voient le moindre symptôme de rechute. Et ils auront beau jeu, nous ne le savons que trop, à faire partager leur opinion à une autorité quelconque : puisqu'il ne s'agit que d'un essai, nous objecte-t-on sans cesse, et nous finissons toujours par céder. En réalité, les engagements des parents ne signifient rien ; leur compétence est nulle, et leur bonne foi souvent suspecte. Une sortie d'essai est forcément de courte durée : un mois, dit la loi. Or je prétends, et l'expérience clinique le démontre, qu'un aliéné d'ordinaire agité peut se maîtriser et rester

calme, dissimuler ses idées délirantes pendant un mois et même plus : mais le danger n'en subsiste pas moins, et la sortie d'essai ne sera qu'un trompe-l'œil.

Cette pratique soulève une autre question : quelle peut être la capacité civile et la responsabilité pénale d'un individu en sortie d'essai ? Ce point n'est pas envisagé par le nouveau texte ; il a seulement été parlé dans la discussion des secours que l'asile devra accorder à ces malades pendant la durée de leur congé. Et précisément la difficulté s'est présentée immédiatement de savoir qui recevrait l'argent. Le curateur ? C'est inadmissible, s'il n'habite pas le village du malade, et force lui sera bien de se dessaisir de ces sommes : alors à quoi aura servi son intermédiaire ? Et si l'aliéné sorti en essai n'a pas sa capacité civile, comme tend à le faire admettre la discussion de la Chambre, il a encore bien moins sa responsabilité pénale, celle-ci étant beaucoup plus étroite que celle-là. Dès lors on ne voit pas bien le médecin d'asile laissant aller, sous sa responsabilité bien qu'à son corps défendant, un individu qu'il croit encore dangereux, qui le sera en fait bien souvent, et qui est absolument irresponsable. C'est la négation même du principe de la loi qui doit protéger la société au moins autant qu'assister le malade lui-même.

Pour toutes ces raisons, je préférerais la faculté accordée au médecin traitant de demander la sortie au Préfet, dès que l'*amélioration* du malade lui paraîtrait suffisante, que le placement soit volontaire ou d'office. Si une récidive se produit, la famille pourra toujours reconduire le malade à l'asile, surtout si l'on donnait aux admissions la facilité que je souhaite. Actuellement du reste, un premier séjour rend plus aisé une réintégration.

Il a été beaucoup parlé à la Chambre des détentions prolongées après amélioration ou même guérison ; puis, on s'est plaint que nous laissions souvent sortir trop vite les alcooliques ! C'est une contradiction que j'avoue ne pas comprendre : la folie alcoolique est peut-être la plus curable de toutes, et les alcooliques ne sont pas plus dangereux que les autres aliénés : si l'on voit dans les journaux beaucoup de crimes d'alcooliques, c'est qu'il y a de plus en plus de buveurs en France, et ce n'est plus

qu'une question de proportion. Tous ces criminels alcooliques ne sont du reste pas des aliénés.

Que n'a-t-on pris exemple de la folie alcoolique pour légiférer, puisque ce genre de folie est le plus connu ! Le buveur guéri ne rechutera que s'il boit de nouveau ; il semble donc que, dès la disparition des symptômes aigus, on devrait lui donner son exeat. Au contraire, l'aliéné ordinaire est un prédisposé qui n'est point maître de se débarrasser de sa tare mentale et que le moindre choc moral peut faire retomber. Dès lors, n'est-ce pas pour ce dernier que le médecin doit se montrer prudent, d'autant plus que les signes dénotant le degré exact de prédisposition, de réceptivité morbide, échappent autrement que les symptômes d'intoxication alcoolique ? Et si nous gardons à l'asile les buveurs six mois, un an ou même davantage, c'est que nous savons qu'eux aussi sont généralement des prédisposés, que leur appétence pour l'alcool est de nature maladive, et qu'il y a lieu dès lors de les traiter comme les aliénés véritables. Ainsi que je ne cesse de le répéter dans tous mes rapports annuels, l'expérience est là pour prouver qu'on ne saurait être trop sévère sur la durée de la convalescence, à *l'asile même.*

SECTION V. — *Administration des biens.*

L'administration des biens des aliénés a été longuement étudiée dans le nouveau projet de loi ; il y avait beaucoup à faire de ce côté, la loi de 1838 était certainement insuffisante et ses dispositions sur la gestion des biens, par trop brèves. Cependant je pense que tout n'est pas également heureux dans les articles votés par la Chambre, et un examen sérieux s'impose.

L'art. 44 dit que, si la Commission de surveillance n'a pas désigné un de ses membres comme administrateur provisoire, il en sera nommé un par le Ministre de l'Intérieur, sur une liste dressée par le tribunal civil du lieu. J'ai déjà fait mes réserves sur le rôle administratif nouveau dévolu aux tribunaux ; mais ici, il s'agirait de savoir expressément si l'administration des biens appartient en droit à la Commission de surveillance. Si elle constitue une de ses fonctions essentielles, la Commission

ne peut se refuser, comme on a semblé le craindre à la Chambre, à désigner un de ses membres pour l'exercer; au besoin, elle pourrait demander au Préfet qu'il lui soit adjoint un membre supplémentaire, ancien notaire, avoué ou magistrat d'une compétence et d'une honorabilité éprouvées. Une bizarrerie de la loi est de décider que l'administrateur étranger à la Commission sera payé : pourquoi celui-là seulement ? Mais le principe de cette rétribution est des plus discutables ; on s'imaginerait peut-être à tort que tous les administrateurs provisoires actuels, même appartenant aux Commissions de surveillance, s'acquittent gratuitement de leurs fonctions, et pourtant j'ai toujours entendu dire à ceux qui remplissent cette lourde tâche avec le plus de zèle et de dévouement et gratuitement, que l'idée d'un salaire quelconque leur répugnerait, car leur mission acquerrait ainsi un caractère qu'elle ne doit pas avoir. D'ailleurs, si la Commission a la possibilité de faire nommer quelque fonctionnaire nouveau, convenablement rétribué, on conçoit sans peine à quelles sollicitations elle sera exposée.

L'avant-dernier paragraphe de l'art. 44 institue une fonction nouvelle, celle de *curateur à la personne*, et l'art. 45 précise les attributions de ce curateur. A la vérité, cette création n'en est pas une, car la loi de 38 avait prévu la nomination par le tribunal d'un curateur, dans des cas déterminés (art. 38), mais ces cas devaient être fort rares, car pour mon compte je ne me souviens pas avoir jamais su qu'un curateur ait été désigné à l'un des malades que j'ai eu à traiter. La nouvelle loi semble attacher une grande importance au curateur ; cependant ses attributions sont bien vagues. Il doit veiller : 1° à ce que les revenus de l'aliéné soient employés à adoucir son sort et à accélérer sa guérison. Ce sont les termes même de la loi de 38 : adoucir son sort doit signifier simplement que le malade sera placé à la classe de pension qu'il peut s'offrir par sa situation de fortune ; encore faut-il tenir compte des besoins de la famille qu'il laisse derrière lui, et l'administrateur provisoire, dressant l'inventaire exact de la fortune, semblait suffisant. Quant à l'accélération de la guérison, j'avoue ne pas comprendre ; un médecin, même dans la maison de santé la plus suspecte, fera toujours de son

mieux pour guérir son malade, sans égard pour la fortune de l'aliéné.

2° Le curateur doit veiller à ce que l'aliéné, en cas de sortie ou d'évasion, n'accomplisse aucun acte de nature à nuire à ses intérêts. — Je ne vois pas bien comment il y parviendra, surtout en cas d'évasion ; et si l'aliéné a des idées de suicide !

3° Enfin, il veillera à ce que l'aliéné soit rendu à ses droits aussitôt que sa situation le permet. — Mais le médecin suffit ; le curateur sera-t-il plus autorisé que lui pour réclamer la sortie ?

Il est dit aussi que ce curateur, qui assiste aux réunions de la Commission de surveillance, peut faire appel contre l'administrateur provisoire, membre de cette commission, au moins dans la plupart des cas ! On peut prévoir de sérieuses difficultés de ce côté. Une autre source de difficultés sera l'immixtion forcée du curateur au sein de la famille, car pour surveiller l'emploi des revenus de l'aliéné, il faut connaître ces revenus. Plutôt que de subir une telle ingérence, les familles garderont auprès d'elles leurs malades ; la loi les y autorise, sous prétexte de traitement à domicile. Et c'est alors que les revenus de l'aliéné pourront être dilapidés !

Je vais émettre une idée bien révolutionnaire, et je demande pardon à l'avance, d'une conception aussi hardie ; ce curateur, cet homme bienfaisant, cet ami de l'aliéné veillant sur ses biens et sur sa personne, je voudrais que ce soit...... le médecin traitant. Il me semble que le médecin pourrait, de concert avec l'administrateur légal, comme cela du reste se produit actuellement, mais sans autorité suffisante chez le médecin, s'entendre avec cet administrateur pour donner à son malade les meilleures garanties quant à la gestion de ses intérêts et à ceux de sa famille. Il existe des cas où tel aliéné riche paye inutilement une pension supérieure : il n'aura pas de chambre particulière parce qu'il a des idées de suicide, n'aura pas le régime de sa classe parce que sa santé physique ne le permet pas : cet excès de dépense fait peut-être l'affaire de l'établissement, mais moins sûrement celle du malade et de ses parents. Or, le médecin connaît la situation de santé de l'intéressé, il reçoit chez lui ses parents, ses amis,

est tenu au courant des changements apportés par la séquestration de l'aliéné au sein de la famille, et ce n'est que lorsqu'il a des doutes sur les bonnes intentions de celle-ci, qu'il pourrait, par l'intermédiaire de l'administrateur provisoire, faire prendre quelques renseignements sur la situation de fortune.

Les art. 46 et 47 prévoient, outre l'administrateur légal, un administrateur judiciaire, nommé par le tribunal comme actuellement et un administrateur datif, ce dernier nommé par le conseil de famille seul, sans intervention du tribunal. Cet administrateur datif est une superfluité et nous savons trop par expérience ce qui se passe dans les conseils de famille pour ne pas entrevoir les abus auxquels conduira cette disposition de la loi.

Aujourd'hui, la nomination d'un administrateur judiciaire est des plus simples et la mesure, peu coûteuse, devrait être exigée pour tous les placements d'aliénés jouissant de quelque fortune. Comme je l'indiquais plus haut, il est très difficile sinon impossible à l'administrateur provisoire de connaître la fortune des malades riches ; s'il tente de s'informer, la famille, dès qu'elle a vent de la chose, retire le malade. L'administrateur provisoire nommé par le tribunal peut être pris parmi les membres de la famille ; il est même souvent désigné par le conseil de famille, et le tribunal ne fait qu'homologuer le choix de celui-ci ; il offre ainsi de sérieuses garanties, et sa provocation ne soulève aucune opposition. Il suffirait donc de prier la Commission de surveillance de déclarer, une fois pour toutes, à partir de quelle classe de pension elle entend se dessaisir de l'administration provisoire, à charge par la personne qui requiert le placement de faire nommer dans le plus bref délai un administrateur judiciaire.

L'art. 48 dispose que le mari sera de droit administrateur des biens de sa femme internée. Il y aurait peut-être quelques réserves à faire à ce sujet, de même que sur l'art. 49. Pour ce dernier, qui exige qu'un état de la fortune de l'aliéné soit remis annuellement au curateur et au procureur, j'ai déjà fait connaître mon sentiment sur ce mode de procéder.

L'art. 50 tend à augmenter les droits de l'administra-

teur provisoire. Sur ce point, aucune discussion ; c'est précisément ce que tous les médecins,tous les hommes de loi qui se sont occupés de la question réclamaient depuis longtemps. Nous demandons que l'administrateur ait les mêmes droits qu'actuellement le tuteur de l'interdit, au moins quant aux biens : mais l'art. 50 soulève une sérieuse objection. L'administrateur pourra vendre le mobilier de l'aliéné après avis du médecin traitant sur l'état du malade. Cet avis est toujours très délicat à donner ; je ne suis pas bien sûr qu'il ne soit pas contraire au secret professionnel, surtout lorsque l'administrateur ne sera pas membre de la Commission de surveillance, et enfin il ne signifiera rien, car tel malade déclaré incurable par le médecin et dont le mobilier aura été vendu, peut fort bien être libéré quelque temps après par le tribunal ou le Parquet, et il se trouvera sans ressources. Qui nous garantit aussi que l'avis du médecin, sollicité pour une vente de mobilier, ne sera pas utilisé dans une autre circonstance, séparation, divorce, etc. ?

Les art. suivants, jusqu'à 55 inclus sont des dispositions d'ordre juridique sur lesquels je m'abstiendrai de commentaires, faute de la compétence nécessaire. J'aime mieux terminer ce qui a trait à l'administration des biens par une protestation contre le maintien de l'interdiction, mesure inique dont on réclame depuis longtemps la radiation dans nos codes.

Si l'interdit n'était privé que de la gestion de ses biens, le mal ne serait pas trop grand. Encore me semble-t-il préférable que l'administrateur, dont la fonction cessera dès la sortie du malade ait les mêmes droits que le tuteur à l'interdit. Mais cette mesure s'étend à la personne,non seulement pendant le séjour à l'asile, mais même après la mise en liberté.C'est dire que, pendant son internement, le malade ne pourra recevoir que les visites qu'il plaira à son tuteur ; celui-ci peut défendre que l'aliéné soit vu par les gens auxquels il tient le plus, et je parle, ici comme dans tout ce travail, par expérience personnelle. Il peut lui interdire les promenades en ville, les congés, etc., malgré l'opinion du médecin traitant. A la sortie, si celle-ci est obtenue, ce qui est bien exceptionnel en cas d'interdiction, il peut s'opposer à ce que son pupille aille dans

telle ou telle maison, habite dans telle localité, etc. Et notez bien que la loi de 1838 n'exige pas que le médecin soit nécessairement consulté en matière d'interdiction ; et quand il l'est, le juge a toute faculté de ne pas se ranger à son avis.

Je sais bien que l'interdit peut demander main levée ; mais en pratique il éprouvera bien des difficultés : il n'est pas sûr de l'obtenir, ne dispose d'aucun capital pour entamer l'instance, le médecin ne peut certifier la guérison parfaite; les tracas mêmes de la procédure peuvent être une cause de rechute. J'émets donc ici le vœu que l'interdiction disparaisse de nos lois.

TITRE III. — *Dépenses et recettes du service des aliénés.*

La dépense du service des aliénés est réglée par les art. 56 à 63 inclus.Cette dépense restera une charge départementale, mais les aliénés, sans domicile des ecours, seront hospitalisés dans les asiles aux frais de l'Etat.

L'art. 60 mérite une mention spéciale ; il rend obligatoires pour les départements, les traitements non seulement des médecins en chef des asiles publics, mais des asiles privés faisant fonction d'asiles publics, et des préposés responsables des quartiers d'hospices. Enfin, il règle au grand avantage des médecins, la question des retraites. Sur ce point, nous n'avons qu'à nous féliciter de cette attention des pouvoirs publics à notre égard, et à adresser tous nos remerciements à nos représentants.

TITRE IV. — *Pénalités.*

Les pénalités de la loi de 38 sont maintenues et même augmentées contre les directeurs et médecins ; il reste donc établi qu'eux seuls sont responsables.

A noter que la loi de sursis peut être appliquée dans tous les cas ; c'est une consolation.

TITRE V.— *Dispositions générales et transitoires.*

Des règlements d'administration publique détermineront : 1° les devoirs et attributions des Commissions de

surveillance ; 2° les conditions d'organisation et de fonctionnement des asiles privés et maisons de santé, des établissements pour aliénés criminels, pour épileptiques, arriérés et idiots, pour alcooliques ; 3° les conditions de traitement et d'avancement du personnel médical et administratif.

Il est à espérer que ces règlements trancheront les questions restées un peu vagues d'après le texte législatif, qu'ils seront clairs autant que complets. Il serait aussi à souhaiter que les traitements des médecins, stationnaires depuis 1875, soient revisés dans le sens d'une augmentation, surtout s'ils doivent être privés de leurs avantages en nature. Je crois que sur ce point nous pouvons compter sur la bienveillance du Ministère et de notre chef direct, M. Mirman,le distingué directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques.

Telle est, dans ses principales dispositions, la nouvelle loi sur le régime des aliénés, que l'on désigne fort justement déjà sous le nom de loi Dubief. S'il s'était agi d'une loi définitivement promulguée, je ne me serais certes pas permis de la discuter : mais elle n'a encore été examinée que par l'une de nos grandes assemblées délibérantes ; des modifications seront très probablement apportées par le Sénat au texte actuel, et tant de projets de revision de la loi de 38 ont déjà vu le jour, ont été ballottés de l'une à l'autre Chambre qu'il est bien permis de supposer que la loi Dubief reviendra une fois encore devant l'assemblée législative. La question des aliénés est jugée par tous si délicate,elle soulève tant de problèmes que vraiment il n'est pas possible que le législateur arrive d'emblée à la forme définitive.

Telle qu'elle est, la loi de 1907 ne mérite pas que des critiques, bien loin de là, et j'aurais à regretter de m'être bien mal fait comprendre si, à la lecture de mon travail, on me regardait comme un détracteur systématique du projet. Mon but a été de soumettre, avant les délibérations du Sénat, à l'appréciation de mes confrères, les réflexions que m'inspirait le texte adopté à la Chambre ; j'ai ainsi l'espoir que d'autres protestations se joindront aux miennes, que des observations seront échangées entre nous, et que nos critiques, nées de l'expérience, pour-

ront être entendues du législateur. Elles peuvent provoquer telles variations dans les termes de la loi qui nous en rendront l'application singulièrement plus aisée.

Le temps presse ; à l'heure où j'écris ces dernières lignes, la Commission sénatoriale vient d'être nommée ; elle se compose de MM. Rolland, Genoux, Delestable, Lozé, Strauss, Blanchier, Gérente, Beaupin et Piettre. D'après le journal le *Matin* (12 février 1907), la majeure partie de cette Commission « semblerait estimer qu'il importe de modifier le texte voté par la Chambre ». Je laisse au *Matin* la responsabilité de cette assertion, mais le problème est si complexe, le Sénat en 1886 s'est montré tellement soucieux d'approfondir la loi dans ses moindres détails et d'en peser toutes les conséquences, qu'il est permis de supposer que des remaniements seront apportés à la rédaction actuelle (1). Dr V. BOURDIN.

ASILES D'ALIÉNÉS

Note sur l'asile suisse de Mindrisio à Casvegno du Tessin

Par le Dr MARIE, de Villejuif.

La maison d'aliénés du canton du Tessin que je viens de visiter est située dans la partie méridionale du canton presque totalement sur le territoire des communes de Mindrisio et de Coildrerio. Elle occupe une étendue de près de 200 mille mètres carrés avec un développement périmétrique d'environ 1800 mètres et une altitude moyenne de 350 mètres au dessus du niveau de la mer : sa superficie est grossièrement pentagonale, avec un angle saillant au nord-est vers le bourg de Mindrisio dont les premières maisons sont distantes de 700 mètres. L'extrémité sud borde à 300 mètres la courbe du chemin de fer du Gothard en-dessous de la gare de Mindrisio.

A l'orient, court la route cantonale de Chiasso, vers l'occident

(1) Ce travail était terminé lorsqu'on me communique une série d'articles parus dans « la Dépêche » de Toulouse sur le même sujet, sous la signature de M. le Dr A. Rémond, de Metz, professeur à la Faculté de cette ville. Je suis particulièrement heureux de me trouver sur bien des points en complet accord avec mon éminent confrère.



FIG. 30. — Couloir de surveillance au pavillon des agités de Mindrisio.

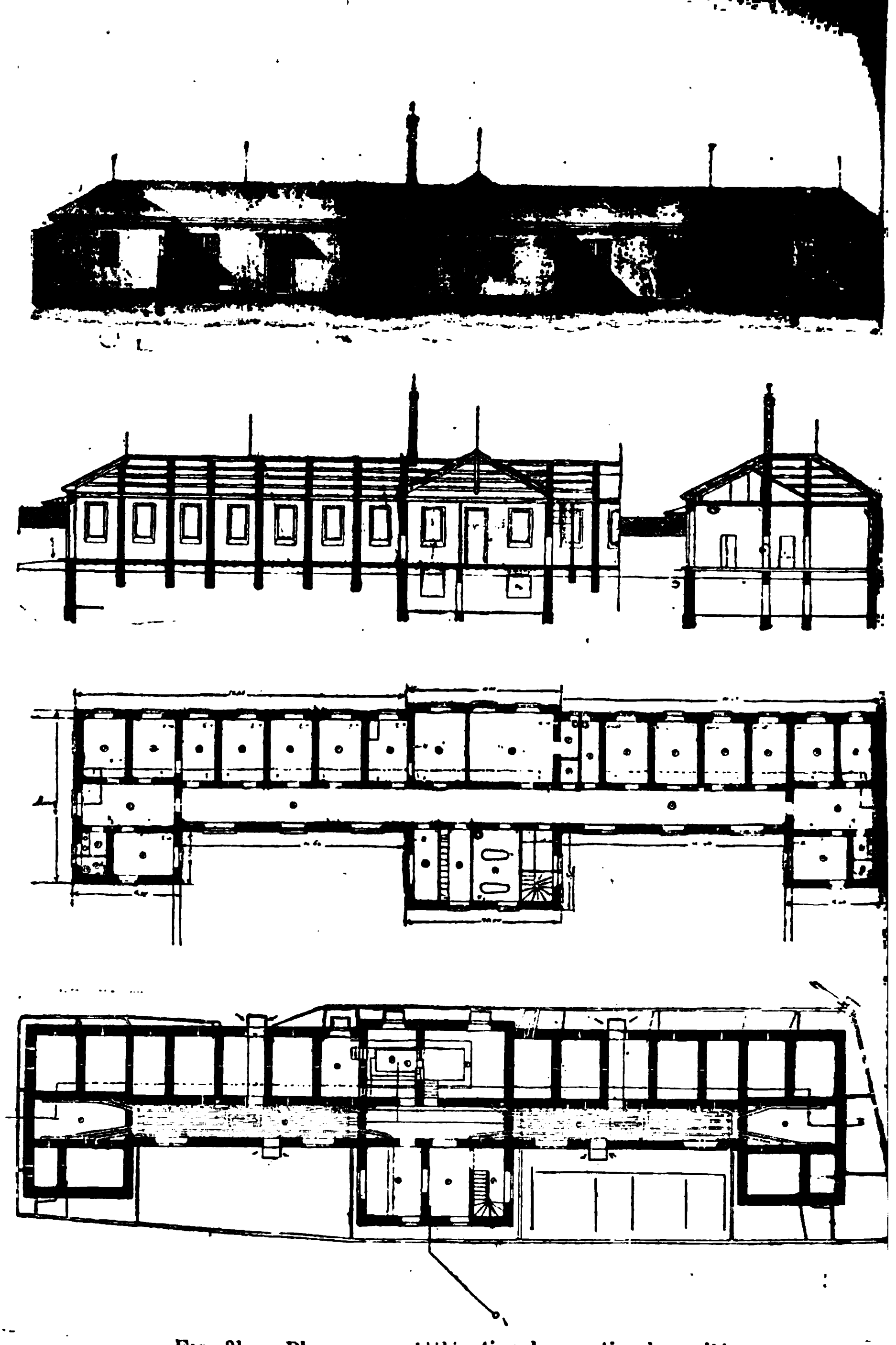


Fig. 31. — Plan, coupe et élévation du quartier des agités.

sur environ 600 mètres passe la route de Stabio. On aperçoit des hauteurs de l'asile la pointe voisine du lac de Lugano resserré entre les contreforts du mont Generoso.

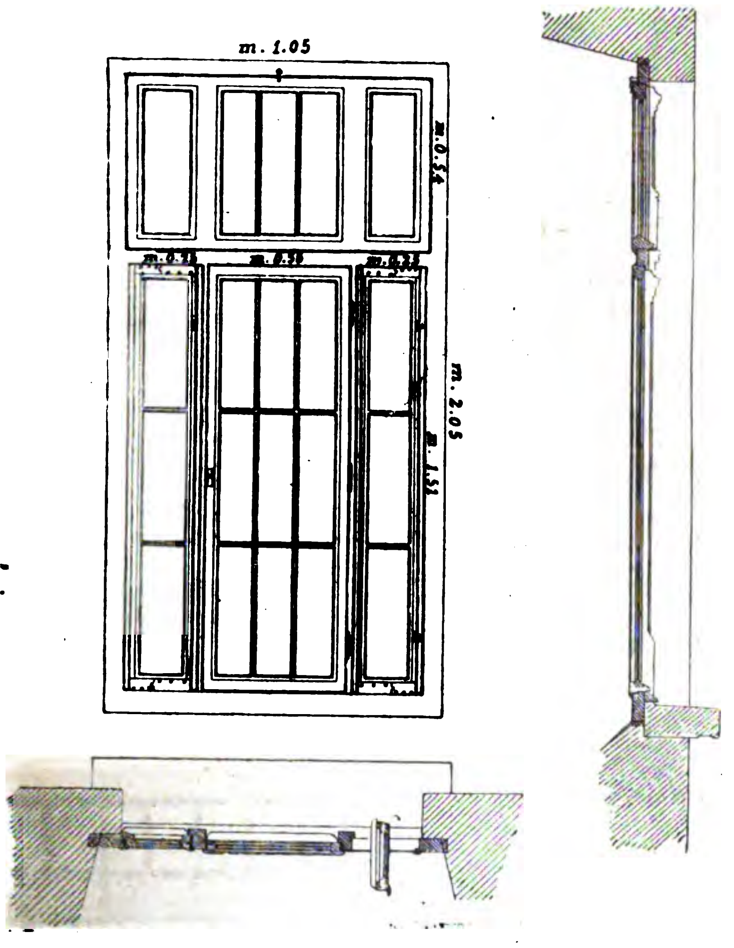


FIG. 32. — Fenêtre de sûreté de Hitzig (asile de Mindrisio, pavillon des agités).

La surface de l'asile comprend deux portions : l'une septentrionale, sur colline, de plus de 6 hectares, cultivés et annexés à la colonie agricole; l'autre au sud-ouest d'environ 12 hectares où sont

disséminées les constructions proprement dites de l'asile. Ce plateau, à déclivité orientale, descend vers le bassin de l'Adda et du Tessin. Les torrents voisins se déversent dans les lacs de Côme et de Lugano,

L'asile d'aliénés est constitué sur le type d'asile village ; aussi pour lui enlever tout aspect d'établissement n'est-il pas pourvu d'enceinte murale. Il est enclos d'un grillage métallique d'environ un mètre de hauteur, retenu par des piliers de bois. L'enclos général est interrompu à proximité de la colonie agricole sur la route cantonale par des passages pour les transports agricoles.

L'entrée principale de l'asile se trouve sur la route de Mindrisio-Stabio, une modeste grille y est ouverte jour et nuit. En face de la grille d'entrée, croisant la route circulaire de Mendrisio-Strabio, débouche une grande route carrossable poar aller à la station de la gare de chemin de fer de Mendrisio, sur un parcours d'environ 800 mètres.

D'une masse de verdure émergent les blanches maisonnettes aux toits rouges, d'architecture modeste, disséminées, comme indépendantes les unes des autres en un désordre voulu et sans symétrie. Le long de la ligne médiane sur les hauteurs, la chapelle, les cuisines et buanderies ; en contre-bas, à mi coteau 2 petites villas de pensionnaires contre le potager, un pavillon de femmes tranquilles de l'autre côté d'une pelouse, avec pavillon de demi-agités à l'opposé et un pavillon semblable pour les femmes demi-tranquilles. Les pavillons des grands agités, la direction et les médecins-adjoints sont vers l'entrée de l'autre côté de la colline, au levant un cottage avec étables et annexes fermières. C'est l'autonomie des parties indépendantes et le triomphe avec des moyens simples, du concept conciliateur de la mise au traitement isolé dans des conditions scientifiques avec le maximun de « no-restraint » et d'isolement des groupes manicomiaux de classement.

Le pavillon des agités est au rez-de-chaussée, il contient 16 lits disposés en chambres d'isolement séparées pour chacun. Ces chambres sont chauffées au calorifère à vapeur et une surveillance permanente en 2 équipes est assurée. Ce pavillon rappelle assez la disposition des quartiers de surveillance et observation continue pour agités, édifiés à Villejuif aux femmes il y a quelques années et en achèvement au service des hommes en ce moment. Une longue galerie de surveillance sur laquelle donnent toutes les chambres assure le service ; nous en donnons la vue.

Le Pavillon des demi-tranquilles contraste avec le précédent. Il a 1 étage et 58 lits disposés en trois dortoirs, plus deux petites chambres de 4 lits. (Fig. 33)

Les murs sont ornés d'affiches artistiques et motifs décoratifs qui en agrémentent heureusement l'aspect et atténuent le carac-

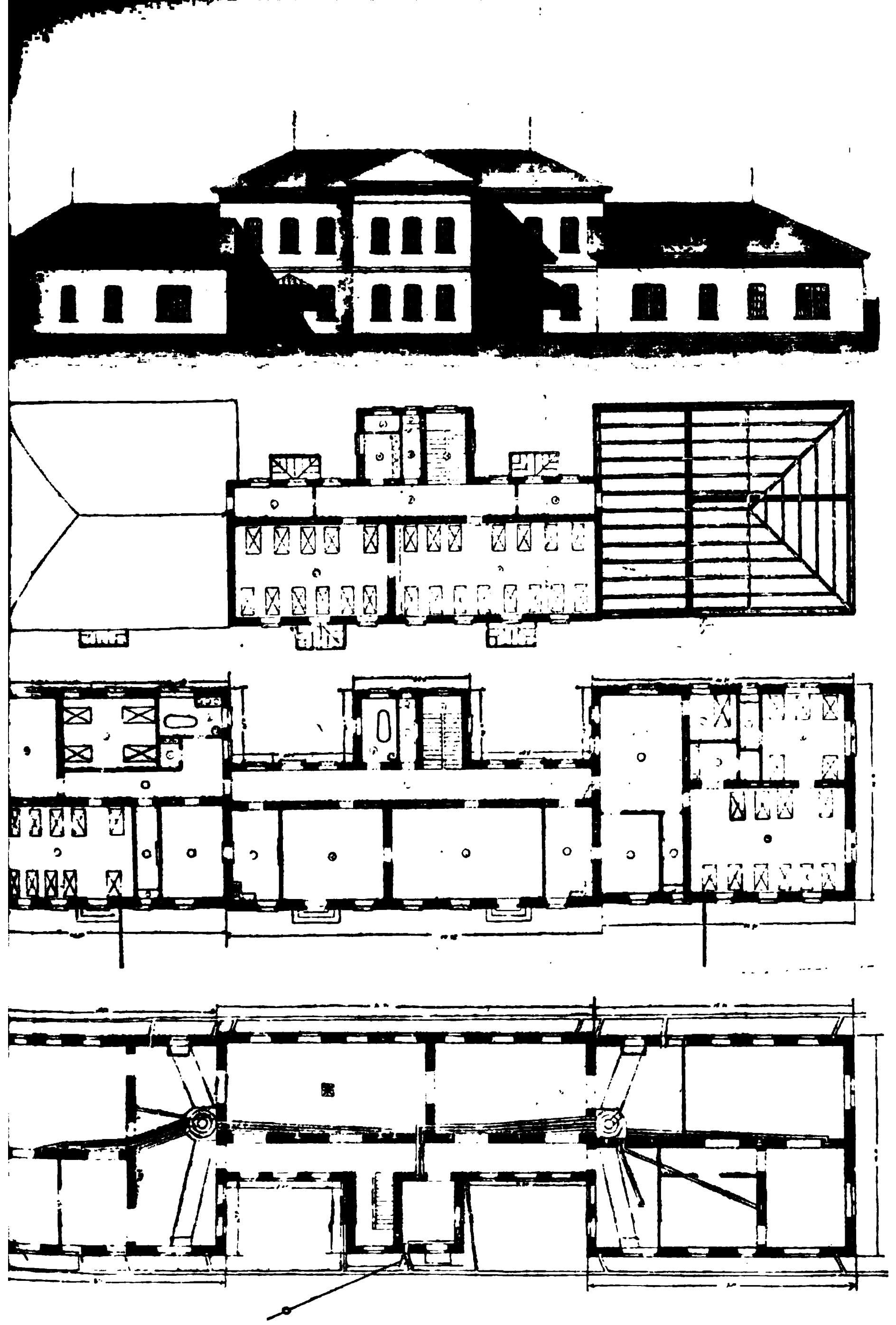


Fig. 33.— Plan, coupe, élévation du service des semi-tranquiles.



Fig. 40. — Services généraux de Mindrisio.

tère d'asile si difficile à éviter en établissements collectifs même pavillonnaires. (Fig. 35 et 36.)

Une autre particularité de l'asile consiste dans sa colonie agricole annexée à l'établissement bien que distante de près d'un kilomètre — 40 malades tranquilles y habitent dans un pavillon angulaire rappelant le type de Pokrowsk, préconisé par Korsakoff et adopté pour la colonisation agricole de la Seine en préparation à Chezal-Benoit (Cher). Nous donnons le plan de cette colonie ainsi que des services généraux de l'asile et le plan général réduit.

J'ai eu l'honneur de visiter ce bel établissement en octobre dernier à la suite du Congrès International pour l'assistance des aliénés tenu à Milan en fin septembre sous la présidence de M. le professeur Tambourini.

Les Congressistes conviés à cette visite ont pu admirer le cadre admirable dans lequel s'étagent et se développent les pavillons comme autant d'établissements distincts. Les murs sont réduits au minimum et grâce aux accidents de terrain et à l'horizon montagneux toutes les parties de l'établissement jouissent d'une vue superbe. Un pique-nique servi sur l'herbe du plateau dominant ou s'élève la Chapelle a permis de goûter doublement les charmes de l'établissement. Les sections demi-tranquilles offrent une disposition rappelant celle du pavillon d'Altcherbitz, aux agités les fenêtres sont du système de Hitziz, les panneaux sont à axe fixé sur lequel ils s'ouvrent comme un imposte à barre verticale. Une fabrication spéciale de timbales en croûte de pain faite à la boulangerie permet de servir les aliments aux agités sans assiettes. Ils mangent leur plat comme pain après en avoir absorbé le contenu. Aux travailleurs, nous avons remarqué qu'on encourage les pensionnaires à suivre leur verve artistique qui s'exerce sur les murs en des compositions picturales assez curieuses.

Des paillassons spéciaux en déchets de cuir constituent une industrie facile qui permet d'utiliser des travailleurs très frustes sans préparation longue. Nous joignons à ces courtes notes quelques tableaux et quelques chiffres complémentaires qui en diront plus sur le fonctionnement et l'excellence de cet établissement qu'une description longue. Des clichés que nous devons à l'extrême obligeance de notre collègue, M. le docteur Manzoin, médecin-directeur de Mindrizio achèveront de caractériser l'aspect si particulier et riant de l'asile du canton du Tessins, que l'on peut considérer comme un type du genre moderne tel qu'on le voudrait voir réalisé plus souvent chez nous.

Le personnel est ainsi composé :

1 directeur-médecin en chef, 1 médecin-adjoint, 1 secrétaire, 1 sous-secrétaire, 1 surveillanten chef, 15 infirmiers, 1 surveillante en chef, 14 infirmières, 3 sœurs pour le magasin, la cui-

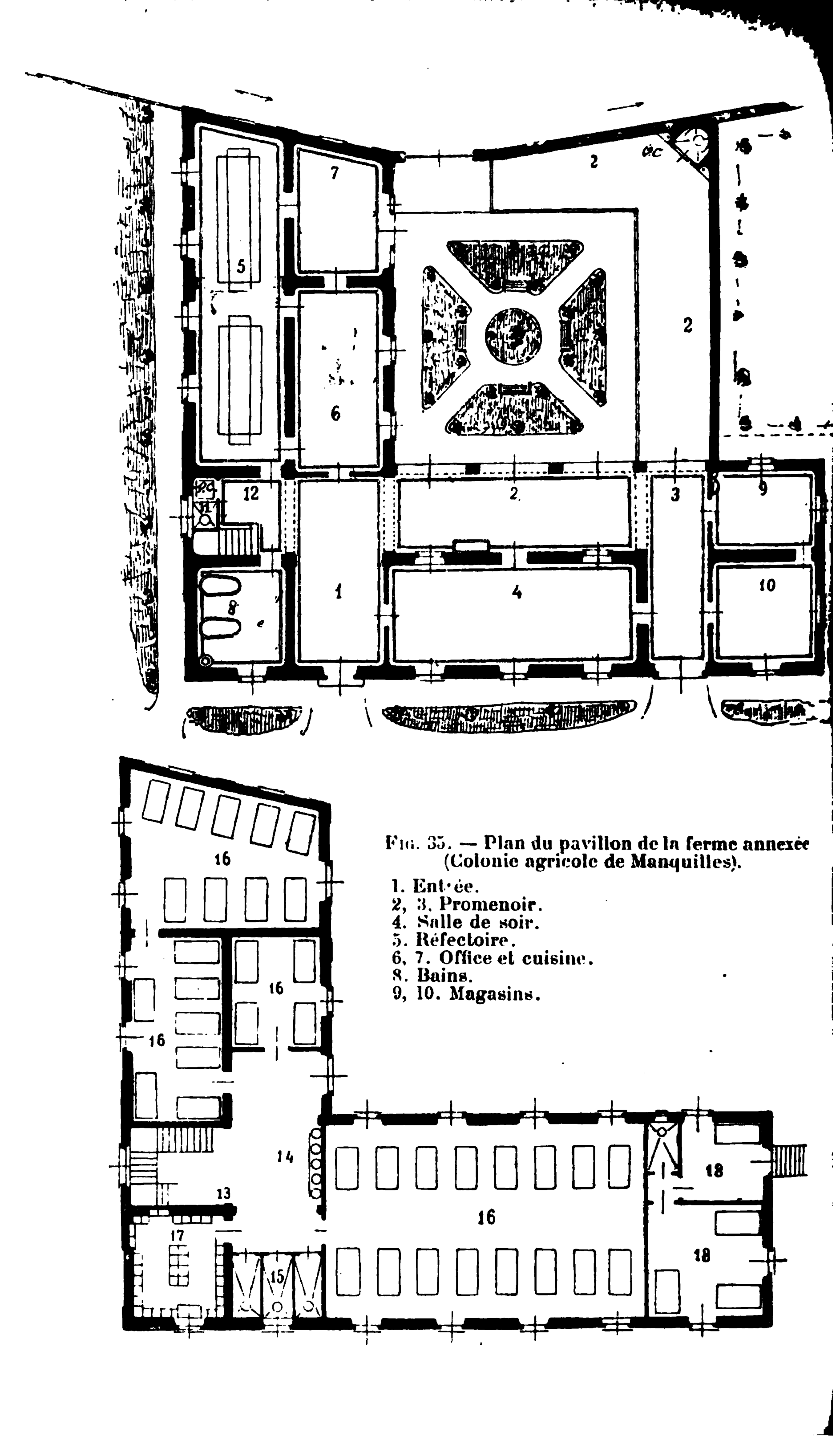


Fig. 35. — Plan du pavillon de la ferme annexée (Colonie agricole de Manquilles).

1. Entrée.
2, 3. Promenoir.
4. Salle de soir.
5. Réfectoire.
6, 7. Office et cuisine.
8. Bains.
9, 10. Magasins.

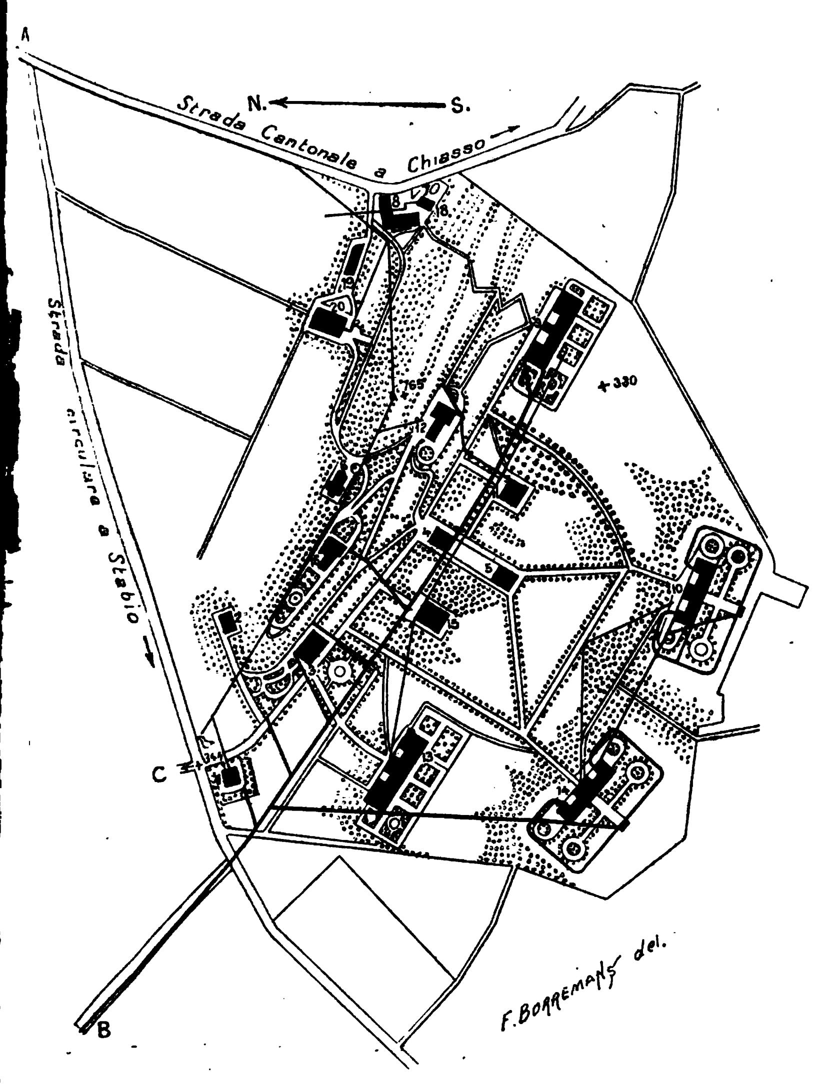


Fig. 36.

sine, le vestiaire ; 1 fille de cuisine ; 1 buandière, 2 concierges, 1 jardinier, 1 homme de peine.

Régime alimentaire.

Pensionnaires de 1re classe :

Premier déjeuner : café au lait ou chocolat, petit pain.
Déjeuner : potage, un ou deux plats de viande, légumes, fruits ou fromage, patisserie une fois par semaine, vin 0 l. 10, pain.
Diner : Potage, un plat de viande, fruit ou fromage, vin 0 l. 10.

Malades de 2e classe (régime commun).

Premier déjeuner : Café au lait (500 gram.).
Déjeuner : potage au riz, aux légumes ou aux pâtes, ou polenta, viande de bœuf (150 gram.) 4 fois par semaine, rôti deux fois, poisson une fois.
Diner : potage, fromage ou viande avec salade, vin 0 l. 20, pain à discrétion (en moyenne, 500 gr.)

La proportion des infirmiers est de un pour trois malades dans le pavillon des agités ; dans la section d'observation et dans le pavillon des semi-agités, la proportion est de un pour sept. —Le travail a été organisé de la façon la plus simple dans la division des femmes, les malades travaillent dans tous les quartiers. Les hommes sont occupés aux travaux des champs, aux services généraux, etc. — Les malades de 2e classe (régime commun) reçoivent une ration de tabac et de cigares. — Les travailleurs ont une ration supplémentaire de limonade vineuse. — Les malades ont à leur disposition des jeux divers, des livres, des journaux, un piano.

Le directeur médecin, le médecin adjoint, le secrétaire et le secrétaire adjoint sont nommés pour 4 ans par le Conseil d'Etat sur la proposition de la Commission administrative. Le directeur a un traitement variant de 3000 à 4500 fr., le médecin-adjoint reçoit de 1.800 à 2.500.

Moyenne annuelle des malades présents......	177
Maximum de la population..................	192
Minimum....................................	168

La proportion des aliénés par rapport à la population tessinoise, est de 1 pour 1.460 habitants.

Les cas de guérison représentent 30 % des admissions ; les cas d'amélioration donnent la proportion de 15,8 % soit, guérisons et améliorations, 45,8 %.

Recettes (1901)......................	144.611
Dépenses (1901)......................	132.357

Les dépenses de pharmacie sont de 600 fr. environ par an.

L'établissement est administré par une commission de surveillance composée du conseiller de l'Etat du Tessin, de 2 délégués du conseil général, d'un délégué de la Commission sanitaire cantonale et d'un représentant de la municipalité locale de Mandrisio, le directeur général de l'hygiène pour la province du Tessin préside.

Le budget administré par cette commission administrative tire ses ressources des frais de séjour des malades payants, du produit de la ferme, d'un dixième perçu sur la recette du monopole d'Etat, sur l'alcool et d'une contribution cantonale complémentaire variable. Le nombre total de lits prévus est de 230 avec 40 agents de surveillance.

L'asile date de 1898, le domaine cultural de la colonie agricole comprend 27 hectares exploités par 40 travailleurs et 20 bêtes de somme. L'éclairage électrique est établi ainsi que le tout à l'égout. L'approvisionnement en eau de source donne 324 hectolitres des bouches d'eau sous forte pression assurent le service d'incendie en chaque quartier). L'établissement possède le téléphone et dispose d'une bibliothèque et d'un laboratoire comprenant l'électrothérapie. Le traitement du petit personnel va de 25 à 45 fr. plus les avantages matériels, ils jouissent du repos hebdomadaire.

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES

VIII. — **Corps thyroïde et neuro-arthritisme** : par MM. Léopold Lévy et Henri de Rothschild. (*Société de Biologie*, mars 1907.)

Dans une série de recherches antérieures, nous avons montré qu'à l'hypothyroïdie ressortissaient certaines variétés de migraines, de rhumatisme chronique, d'asthme, d'urticaire chronique, d'angines à répétition, d'herpès récidivants, d'hyporthermie, d'œdèmes transitoires, de neurasthénie, d'altérations dentaires, toutes manifestations morbides qu'on rattache communément à l'arthritisme. De ce fait, certain arthritisme peut être considéré comme d'essence hypothyroïdienne.

Dans une communication récente, nous avons soutenu d'autre part l'opinion que certain nervosisme était réalisé par l'hyperthyroïdie. La réunion, chez un même individu, de nervosisme et d'arthritisme est fréquente. Il s'agit, dans ce cas, de sujets à la fois hypo et hyperthyroïdiens qu'on peut ranger dans le groupe

de l'instabilité thyroïdienne. Mais les deux éléments qui constituent l'association neuro-arthritique se prêtent à de multiples combinaisons. Nous nous proposons d'étudier ici quelques particularités de cette instabilité thyroïdienne et de fixer certains rapports réciproques de l'hypo et de l'hyperthyroïdie.

La conception à laquelle nous a conduit l'observation des faits cliniques peut s'exposer par une comparaison. L'équilibre thyroïdien, l'orthothyroïdie représente si l'on veut une corde raide. L'équilibriste qui n'est autre que le fonctionnement thyroïdien, a une tendance à pencher d'un côté (hypothyroïdie). Dans les efforts qu'il fait pour se redresser, il incline du côté opposé. Il effectue, somme toute de part et d'autre de l'orthothyroïdie, des oscillations, et la déviation dans le second sens est plus ou moins liée aux oscillations dans le premier. Pour justifier cette comparaison, il faut montrer tout d'abord que les oscillations dans le fonctionnement thyroïdien existent. Déjà, dans diverses notes, nous les avons évidemment enregistrées. C'est une femme hypothyroïdienne qui devient basedowienne fruste à propos d'une grossesse. C'est une malade hypothyroïdienne qui fait une poussée de Basedow fruste à propos d'une cure thermale.

L'emploi thérapeutique de corps thyroïde provoque encore ces variations. Et il ne s'agit pas seulement de cas, comme celui présenté ici même, dans lequel une hypothyroïdie a été transformée momentanément en hyperthyroïdie par l'ingestion de 175 cachets de corps thyroïde. D'autres sont plus suggestifs.

Un enfant de cinq ans retardé, présentant l'intelligence d'un bébé indifférent à tout, s'est éveillé sous l'influence de 14 cachets mais il se bat sans cesse avec ses camarades. Une institutrice de quarante-trois ans, présentant de la canitie précoce, migraineuse, très frileuse des extrémités, atteinte d'entérite muco-membraneuse, de dysménorrhée, souffrant de phlébalgie, a ressenti pour avoir pris 5 cachets de 0 gr.10 de corps thyroïde, une surexcitation cérébrale désagréable, des colères, des crises de larmes, des points douloureux. Ultérieurement, un seul cachet de 0 gr. 06 a provoqué de l'insomnie, des crises de pleurs, de l'hyperesthénie cérébrale.

Il est permis d'admettre dans ce dernier cas, que la malade, tout en étant hypothyroïdienne était en instance d'une hyperthyroïdie qu'a révélée une dose insignifiante du corps thyroïde. C'est bien le tempérament neuro-arthritique. Des cas de ce genre montrent l'attention avec laquelle il faut chercher pour chaque sujet la dose convenable du médicament. Ils rendent compte de l'accentuation, au moins transitoire, de l'hyperthyroïdie que peut produire le traitement chez les prédisposés.

Par contre, il n'est pas exceptionnel de voir, et c'est le second point que nous désirons établir dans cette note, les troubles ner-

veux s'atténuer sous l'influence de l'opothérapie thyroïdienne, ce qui nous amène à conclure que dans les cas envisagés, l'hyperthyroïdie est la conséquence de réactions secondaires à l'hypothyroïdie. Déjà cette opinion s'appuie sur l'analyse de certaines observations.

Un de nos malades hypothyroïdiens a fait la remarque que son nervosisme est à son apogée après une période plus ou moins courte d'abattement. Un ennui qui l'abat, lui casse bras et jambes, le rend en même temps très sensible.

Parmi les sujets que nous avons soignés, nous citerons : Une fillette de cinq ans, qui ne marchait pas seule à trois ans, fut atteinte de végétations adénoïdes qui purent être opérées, d'entérite, de prurigo, de frilosité. Elle pleurait continuellement pour tout motif et sans motif. Déjà sous l'influence de 4 cachets de 0 gr. 10, elle n'a plus pleuré une seule fois à l'école, est devenue tout à fait gentille. Un malade migraineux présentant des extrémités froides ayant de l'herpès à répétition constamment enrhumé, ayant blanchi à vingt ans, est irascible, susceptible, violent. En même temps qu'il est amélioré de ses migraines, etc. par 26 cachets son nervosisme diminue. — Une dame de trente sept ans, ayant souffert d'angine à rechutes, frileuse, fatiguée est coléreuse, triste, pleure facilement. Le tout s'améliore par le corps thyroïde,

Nous concluons donc que dans certaine combinaison hypohyperthyroïdienne, l'hypothyroïdie est l'élément primordial et qui entraîne le nervosisme secondaire. Nous n'oublions pas toutefois que du fait de l'hypothyroïdie, le système nerveux est autointoxiqué, ce qui facilite les réactions morbides, et que le corps thyroïde auquel est subordonné en partie du moins, le système nerveux, est subordonné lui-même à sa propre innervation. Il y a ainsi une intrication complète d'ares réflexes ; c'est ce qui rend l'interprétation des faits fort difficile. N'empêche que le traitement met en relief une prédominance pathogénique et laisse entrevoir un certain enchaînement de réactions.

En fin de compte, à côté de l'orthothyroïdie, de l'hypo, de l'hyperthyroïdie, on peut ranger l'instabilité thyroïdienne (faisant partie de la dysthyroïdie) qui comporte elle-même une variété à hyperthyroïdie secondaire.

IX. — **Conception clinique, anatomique et pathologique des idioties méningitiques. Observations cliniques et anatomo-pathologiques** ; par M. Pellizzi. (*in Rivista spérimentale di Freniatra. Reggio en Emilie,* 1905, Vol. XXXI, fasc. III, IV.)

On peut distinguer au point de vue clinique trois formes cliniques de l'idiotie : une forme avec pseudo-hypertrophie, une seconde avec atrophie simple et uniforme, et enfin une troisième

dans laquelle le processus de destruction est évidemment irrégulier. On peut voir ces trois formes en se reportant aux pièces conservées par Bourneville et fixées par le liquide de Muller ; de même, on peut observer l'altération chronique de la pie-mère et la dilatation ventriculaire. Les recherches microscopiques et bactériologiques sur le liquide céphalo-rachiden ont permis de déceler un grand nombre de microbes pathogènes variés : le méningocoque de Weickselbaum, le diplocoque de Frænkel, le bacille d'Eberth, le pyocyanique, le staphylocoque, le streptocoque, le bactérium coli etc., Toutes ces variétés correspondent certainement à des formes cliniques et anatomiques variées. Au point de vue clinique, l'idiotie méningitique peut être congénitale, où apparaître dans les premiers mois, dans un cas même, elle ne s'est développée qu'à l'âge de 13 ans.

La pathogénie de la microencéphalie permet de considérer deux formes : la vraie et la fausse ; la vraie peut être simple ou associée, la fausse est l'atrophie irrégulière de deux hémisphères à la suite d'un processus phlogistique diffus.

Quant à l'hydrocéphalie hérédo-syphilitique, elle reconnaît deux modes pathogénétiques de développement : 1° Il existe une hydrocéphalie de nature syphilitique, due à des lésions spécifiques syphilitiques de l'épendyme et de la région optostriée; 2° il existe très probablement une hydrocéphalie d'origine syphilitique par arrêt de développement du cerveau sous l'influence dystrophique de la syphilis des parents.

En somme, la coexistence surtout de caractères importants tels que l'altération diffuse de l'écorce cérébrale sans altérations macroscopiques, et l'absence de troubles moteurs graves (épilepsie, paralysie) et d'autres symptômes liés à des altérations localisées ne se rencontre dans aucune autre forme d'idiotie ; dans ces conditions on peut la séparer nettement des trois autres citées au début, en former un groupe à part, dont la dénomination montrera la pathogénie ; ce sera l'idiotie méningitique. J. Séglas.

X. — **Recherches sur l'influence de l'ancienneté, de l'intensité et de la répétition de l'incitation sur les caractères de certaines réactions nerveuses élémentaires. Contribution à l'étude de l'adaptation** ; par MM. Stéfani et Ugolotti. (*Rivista sperimentale di Freniatria. Reggio en Emilie,* 1905, vol. XXXI, fasc. III. IV.)

I. La méthode employée a consisté à rechercher le degré de dilatation où de retrécissement pupillaire, dus à l'extraordinaire mobilité de l'iris. Voici les résultats obtenus.

II. — Influence de la dose (Intensité de l'excitation.)

Expériences: ont porté sur l'action pupillaire de l'atropine et de la pilocarpine sur les chats et les chiens. Emploi de solutions de

concentrations variées. — Résultats et conclusions : l'augmentation de la dose abrège le temps d'attente, augmente la rapidité de la dilatation et allonge sa durée ; l'augmentation de l'effet n'est pas proportionnelle à l'augmentation de la dose ; le degré maximum de la dilatation correspond à une dose moyenne. Abstraction faite du degré de rapidité; la ligne d'ascension suit une route plus ou moins brusque.

III. — Influence de l'ancienneté. Expériences ont porté sur la dose.Conclusions: la réaction propre de l'état actuel se distingue, à égalité de doses, de la réaction propre de l'état ancien par une plus longue durée du temps d'attente, par une plus grande lenteur dans l'ascension, par une plus longue durée de la descente.

IV. — Influence de la répétition de l'excitation. Les expériences ont porté sur l'action pupillaire de l'atropine et de la pilocarpine, et sur l'action vaso-cardiaque de l'atropine. Conclusions : Les variations de réaction, dues à la répétition de l'excitation, sont de nature cellulaire : la capacité d'adaptation varie grandement suivant l'état de l'individu et suivant l'action spéciale biologique ; cette adaptation est précédée par une période préparatoire.

V. — Considérations sur l'action intime des poisons et sur le mécanisme de l'adaptation. On remarque surtout : la longueur de la période d'attente, la rapidité de développement de la réaction, les caractères des réactions déterminées par l'état et l'adaptation. Enfin, l'auteur termine par quelques considérations générales sur les recherches ci-dessus analysées. J. S.

XI. — **Etude nosographique et clinique des infantilismes** ; par M. Sante de Sanctis. (*in Rivista sperimentale di Freniatra, Reggio en Emilie*, 1905, vol. XXXI, fasc. III, IV.).

Ce travail qui n'a pu être publié entièrement dans le numéro comprend plusieurs parties : 1° conception anthropologique et anatomo-pathologique de l'infantilisme ; 2° infantilisme dystrophique et myxœdémateux ; 3° infantilismes partiels ; 4° infantilismes mixtes ou combinés ; 5° pathogénie des infantilismes ; 6° conception clinique fondamentale des infantilismes ; 7° diagnotics différentiels des infantilismes (rachitisme, achondroplasie, crétinisme, gigantisme, sénilisme, mongolisme) ; 8° classification des infantilismes.Cette étude doit être continuée dans un numéro suivant. J. S.

XII. — **Sur les rapports entre les « cellules à bâtonnets » (Stabcheuzellen) et les éléments nerveux dans la paralysie progressive**; par M.Cerletti. (*in Rivista sperimentale di Freniatria. Reggio en Emilie*, 1905, vol. XXXI, fasc. III, IV.)

C'est en 1899 que Nissl en analysant les différentes altérations cellulaires que l'on observe dans les états pathologiques de

l'écorce cérébrale, signala pour la première fois un type cellulaire bien caractérisé, se présentant au niveau de l'écorce dans un certain nombre d'affections, mais surtout dans la paralysie progressive. Ce sont, dit-il, des cellules névrogliques allongées ; aux deux pôles du protoplasma se trouve un noyau allongé ; le caryoplasma est clair, contient seulement de petits fragments nucléaires, lesquels se disposent suivant une ligne correspondante à l'axe longitudinal du noyau. Ces cellules allongées sont orientées le plus souvent parallèlement à la direction des fibres de la couronne rayonnée. Ces cellules ont été nommées à Heidelberg : « Wurstzellen », ou cellules en saucisse. Nissl et Alzheiner ont préféré le nom de Stabcheuzellen » où cellules en bâtonnets.

Les cellules névrogliques allongées et à bâtonnets se rencontrent de préférence dans les territoires où le tissu avoisinant a une consistance spéciale ; dans les couches superficielles de l'écorce cérébrale et dans la substance blanche. La très grande variété dans la morphologie et dans l'affinité tinctoriale de ces éléments à bâtonnets montre que les cellules à bâtonnets ayant un noyau large, un carioplasma clair, des granulations chromatiques volumineuses représentent probablement des éléments en état de modification progressive, tandis que les cellules à bâtonnets, rétractées, très colorées, représentent vraisemblablement des éléments malades dans un stade régressif. J. S.

XIII. — **La persistance du pouvoir vital et pathogène de la spore aspergillaire dans l'organisme animal. Contribution expérimentale à la récidive de la pellagre**, par MM. Ceni et Besta. (*in Rivista sperimentale di Freniatra. Reggio en Emilie,* 1905, vol. XXXI, fasc. III, IV.)

Les résultats actuels montrent que les spores aspergillaires peuvent dans des conditions déterminées rester pendant longtemps dans l'organisme et conserver leur pouvoir vital et pathogène. On peut soutenir également qu'il y a une adaptation aux toxines émanées d'une quantité déterminée non mortelle de spores. Ces conclusions font admettre que la forme de pellagre due à une infection par la spore de l'aspergillus fumigatus, peut rester latente pendant un temps plus ou moins long. J. S.

XIV — **Le pouvoir pathogène de l'aspergillus fumigatus. Recherches expérimentales** ; par M. Besta. (*in Rivista sperimentale di Freniatra. Reggio en Emilie,* 1905, vol. XXXI, fasc. III, IV.)

L'aspergillus fumigatus est pathogène: 1° puisqu'il est capable de proliférer à l'intérieur d'un tissu, en y déterminant des foyers de nécrose ; 2° puisque la spore est douée d'un pouvoir irritatif intense qui se manifeste par l'accumulation des leucocytes, des phéno-

mènes d'inflammation, etc., ; 3° puisque la spore, dans des conditions biologiques déterminées, contient une substance tétanisante spécifique, et si l'on vient alors à l'introduire dans l'organisme animal, elle peut, tout en restant à l'état de spore, élaborer et mettre en liberté sa substance toxique. J. S.

XV. — **Sur une nouvelle espèce d'aspergillus varians et sur ses propriétés pathogènes en rapport avec l'étiologie de la pellagre**; par M. Ceni. (*in Rivista sperimentale di Freniatria. Reggio en Emilie* 1905, vol. XXXI, fasc. III, IV.)

La nouvelle espèce d'aspergillus varians qui est décrite a été exclusivement rencontrée dans l'Apennin moyen. Le parasite fut isolé dans l'atmosphère d'une campagne malsaine, dans une famille atteinte depuis longtemps de pellagre chronique. Ce parasite ne se développe pas en hiver à la température ambiante, et en cette saison il se développe mal si on vient à le cultiver à l'étuve, à une température qui correspond à son optimum de développement. Il se développe bien et rapidement à la température ambiante au printemps, en été et pendant une partie de l'automne.

Les caractères typiques morphologiques de ce parasite restent invariables à toute époque de l'année, tandis que l'aspect macroscopique de la surface et plus encore la couleur de sa traîne changent notablement et en très peu de temps pendant le cycle biologique annuel du germe. Pendant l'hiver, c'est la couleur rose et le gris rouge qui prédominent; au printemps et en été, c'est surtout le vert et ses différentes graduations ; en automne, c'est surtout le vert pâle et le rose carmin. Ce parasite est pathogène ; il est capable d'élaborer des toxines spécifiques qui peuvent notablement varier d'intensité suivant la période de l'année. Les périodes de toxicité maxima correspondent au printemps et à l'automne, pendant lesquels le pouvoir pathogène du germe est très élevé et peut même dépasser celui de l'aspergillus fumigatus. Les périodes de toxicité minima correspondent au milieu de l'hiver et de l'été, et pendant ces deux saisons le pouvoir toxique du germe est tellement diminué qu'il peut être considéré comme nul.

Les toxines élaborées par le germe peuvent encore être de nature différente et opposée suivant les périodes de l'année ; certains principes toxiques sont de nature déprimante et paralysante, d'autres sont de nature excitante et convulsivante. Les toxines de nature déprimante et paralysante sont plus fréquentes que celles de nature excitante et convulsivante ; les secondes ne se rencontrent à aucun moment de l'été et de l'automne, tandis que les premières ont été rencontrées à toute époque de l'année. Le degré et la nature des toxines n'ont aucun rapport avec les parties nutritives sur lesquelles le germe se développe, mais sont en rapport avec les conditions d'ambiance extérieure au milieu desquelles le germe se dé-

veloppe. Les toxines sont toujours isolables avec les moyens habituels et n'ont aucun rapport avec les composés phénolés. Ce germe, par le degré et la nature de ses principes toxiques, peut être considéré comme ayant un rapport de cause aussi bien avec la pellagre chronique qu'avec la pellagre aigue. J. SÉGLAS.

XVI. — **Recherches histologiques et embryologiques sur la structure de la gaine myélique des fibres nerveuses périphériques**; par M. BESTA. (*in Rivista sperimentale di Freniatra. Reggio en Emilie*, 1905, vol. XXXI, fasc. III, IV.)

Les pièces sont d'abord fixées dans la solution suivante :

Solution chloro-ammoniacale de Merck....	4	gr.
Fromaline	25	c. cubes.
Eau distillée	100	cc.

La durée de fixation des pièces varie suivant la grosseur de celles-ci de 24 heures à 3 jours ; on inclut à la paraffine. Coloration dans une solution d'hématoxyline Mallory phéniquée. Cette méthode est bonne pour les gaînes de Schwann, les croix de Raucier, les incisures de Lautermann. On peut l'employer également avec succès pour les recherches embryologiques. J. S.

XVII. — **La dégénération et la régénération des fibres nerveuses périphériques**; par M. BESTA. (*in Revista sperimentale di Freniatria. Reggio en Emilie*, 1905, vol. XXXI, fasc. III, IV.)

Les recherches de l'auteur l'ont conduit à des résultats absolument contraires à la doctrine de Betbe sur la régénération autogène. J. S.

XVIII,— **Nouveaux instruments pour les recherches psychophysiques**; par M. GUICCIARDI. (*in Rivista sperimentale di Freniatria. Reggio en Emilie*, 1905, vol. XXXI, fasc. III. IV.).

Cet article comprend une description détaillée des trois appareils suivants : un campimètre acoustique, un réglet psychoesthésiométrique, et un double pendule acoustique. Ces instruments sont surtout considérés par l'auteur comme pouvant servir à l'examen psychologque des individus sains et aliénés. J. S.

XIX —**Sur une altération primitive du réticulum fibrillaire endocellulaire et des fibres longues dans les cellules de la moelle épinière. Recherches expérimentales sur l'empoisonnement par le chlorure d'éthyle et sur la compression de l'aorte abdominale effectuée par la méthode de Donaggio**, par M. SCARPINI. (*in Rivista sperimentale di Freniatria. Reggio en Emilie*, 1905, vol. XXXI, fasc., III, IV.)

1° Une cellule nerveuse surprise au moment d'un grave désordre

fonctionnel peut apparaître comme presque normale avec la méthode de Donaggio, mais il ne s'agit alors que d'un désordre transitoire.— 2° L'altération de la substance chromatique précède et est toujours plus grave que l'altération de la neurofibrille. — 3° Un arrêt de la circulation, prolongé pendant trois heures, amène une désintégration granulaire du réticulum endocellulaire. — 4° Cette désintégration se présente sous un mode uniforme dans le réticulum, mais est plus tardive dans les prolongements protoplasmiques et cylindraxiles, et dans les fibrilles longues. — 5° Dans ces conditions, l'élément nerveux est gravement compromis et peut être irrémédiablement perdu. — 6° Si une désintégration aussi avancée vient à faire manquer la coloration par la thionine, le noyau épais reste coloré. J. S.

XX. — **Contribution expérimentale et statistique à l'étude de la mémoire** ; par M. GUICCIARDI. (*in Revista spérimentale di Freniatria. Reggio en Emilie*, 1905, vol. XXXI, III, IV.)

Etudiée au moyen de tables spéciales, la mémoire verbale est plus étendue que la mémoire des images ; il y a également des variations suivant l'ancienneté de l'épreuve et surtout suivant la culture du sujet. J. S.

XXI. — **Accommodations de l'oreille à des bruits distants variés** ; par M. GUICCIARDI. (*in Revista sperimentale di Freniatria. Reggio en Emilie*, 1905, vol. XXXI, fasc. III, IV.)

C'est à une distance moyenne que les différents bruits sont le mieux entendus ; la position latérale uni-auriculaire est de beaucoup celle qui est préférable ; l'accommodation auriculaire, se fait tantôt par l'audition bi-auriculaire, tantôt par l'audition uni-auriculaire. J. S.

XXII. — **Les altérations cadavériques des cellules nerveuses étudiées par la méthode de Donaggio** ; par M. SCARPINI. (*in Revista sperimentale di Freniatria. Reggio en Emilie*, 1905, vol. XXXI, fasc. III, IV.)

Les expériences, faites sur des animaux, ont permis de constater que pendant les 24 premières heures on n'observe aucune modification neuro-fibrillaire vraiment importante ; vers la 30e heure la délicatesse de la cellule commence à se manifester par un réseau moins régulier et moins distinct ; en même temps, le réticulum présente des altérations. Les fibrilles longues prennent un aspect tortueux, le noyau est bien différencié et toujours nettement coloré. Puis le contour de la cellule devient moins net par la présence de granulations plus ou moins faiblement colorées qui envahissent la périphérie. La méthode de Nissl met bien en évidence ces altérations purement cadavériques de la cellule nerveuse. Cette méthode

de Donaggio, serait intéressante à appliquer à l'étude de **la** patho-logie **humaine, surtout dans l'anatomie** pathologique des **maladies nerveuses** et mentales. J. S.

LÉGISLATION.

Proposition de loi sur les aliénés.

Voici le texte de la proposition de loi adoptée par la Chambre des députés dans sa séance du 22 janvier 1907, et soumise aux délibérations du Sénat.

TITRE PREMIER. — **Des hôpitaux et établissements destinés au traitement des maladies mentales et à la garde des aliénés ; des aliénés traités à domicile ; de la surveillance du service des aliénés.** — SECTION PREMIÈRE : *Des hôpitaux et établissements destinés au traitement des maladies mentales et à la garde des aliénés ; des aliénés traités à domicile.*

ARTICLE PREMIER. —L'assistance et les soins nécessaires aux aliénés sont obligatoires.

ART. 2. — Les établissements destinés au traitement et à la garde des aliénés sont de deux sortes : publics et privés. Les asiles publics doivent comprendre, à défaut et dans l'attente d'asiles spéciaux, des quartiers annexes ou des divisions pour les épileptiques, les alcooliques, les idiots et les crétins. Les alcooliques, les épileptiques, les idiots et les crétins continueront à être admis dans les asiles d'aliénés en attendant l'ouverture d'asiles spéciaux. Dans un délai de dix ans, les départements devront ouvrir des établissements spéciaux ou des sections spéciales destinés au traitement et à l'éducation des enfants idiots, imbéciles, arriérés, crétins ou épileptiques, et au traitement des buveurs. Plusieurs départements pourront se réunir pour créer ces établissements ou sections.

Les établissements prévus aux paragraphes précédents seront soumis à la surveillance instituée par la présente loi dans la mesure déterminée par un règlement d'administration publique. Les dépenses des malades ou infirmes qui y sont admis seront imputées et réglées conformément aux articles 56 et 57 ci-après.

Les départements sont autorisés à créer, suivant les besoins, des colonies familiales pour les aliénés qui y seront envoyés après un séjour d'observation dans les asiles. Ces colonies familiales seront confiées aux soins des médecins appartenant au service des aliénés. — Les départements pourront organiser l'assistance à domicile

des aliénés sous les conditions de placement prévues par la présente loi.

Art. 3. — Les établissements publics comprennent les asiles proprement dits, les quartiers d'hospice spécialement affectés aux aliénés et les pensionnats.

Les établissements privés comprennent les maisons de santé qui reçoivent des pensionnaires et les établissements dénommés asiles privés faisant fonctions d'asiles publics, qui reçoivent, en outre, en vertu de traités, les aliénés à la charge d'un ou plusieurs départements, jusqu'à l'exécution de l'obligation prescrite par le paragraphe 1er de l'article 4.

Nul ne peut créer ni diriger un établissement privé sans l'autorisation du Gouvernement et sans avoir déposé un cautionnement dont le montant sera déterminé par l'arrêté d'autorisation. Nul ne peut créer ni diriger un établissement quelconque destiné à traiter des malades pensionnaires et ne recevant pas d'aliénés, sans l'autorisation du Gouvernement. Ces établissements sont, ainsi que les asiles d'aliénés publics et privés, placés sous la surveillance de l'autorité publique.

Art. 4. — Chaque département est tenu d'avoir, dans un délai de dix ans, un établissement public destiné à recevoir les aliénés ou de traiter à cet effet avec un établissement d'un autre département. Jusqu'à l'expiration du délai prévu au paragraphe précédent, les départements pourront traiter avec les établissements privés sans que la durée du traité puisse excéder cette période décennale. Les traités passés par les départements avec un établissement public ou privé pour le traitement et la garde de leurs aliénés indigents doivent être approuvés par le ministre de l'Intérieur. Les règlements intérieurs des établissements publics ou privés consacrés aux aliénés sont soumis à l'approbation du ministre de l'Intérieur.

Deux ou plusieurs départements peuvent créer et entretenir à frais communs un asile public d'aliénés. Les conditions de leur association sont réglées par les délibérations des Conseils généraux intéressés, conformément aux articles 89 et 90 de la loi du 19 août 1871. — Il est statué par un décret rendu en Conseil d'Etat sur le mode d'administration de l'établissement. — Si un département n'a pas pris en temps voulu les dispositions nécessaires pour assurer l'exécution de l'obligation prévue au paragraphe premier, il pourra y être pourvu par décret rendu en Conseil d'Etat, et les dépenses nécessaires pour l'exécution du dit décret pourront être inscrites d'office par le ministre de l'Intérieur au budget départemental.

Art. 5. — Dans chaque département, il est institué une ou plusieurs Commissions de surveillance. La Commission de surveillance

est composée de six membres, savoir : deux conseillers généraux élus par le Conseil général, deux membres choisis par le préfet, dont un docteur en médecine, un juge titulaire ou suppléant, désigné par le tribunal de l'arrondissement où l'établissement est situé, et le curateur à la personne dont il est parlé à l'article 44 ci-après.

Le nombre des membres de ces commissions peut être augmenté par décision du ministre de l'Intérieur.

Dans ce cas, les membres supplémentaires sont nommés moitié par le Conseil général, moitié par le préfet.

Cette Commission a pour attributions : 1° de remplir les fonctions de conseil de famille à l'égard des personnes non interdites, placés dans les établissements publics ou privés et non pourvues d'un administrateur judiciaire ou datif ; 2° d'exercer sur les asiles publics départementaux une surveillance administrative et financière ; 3° de contrôler dans les asiles privés et dans les asiles faisant fonction d'asiles publics, le régime des aliénés, l'exécution des règlements relatifs à ces asiles et des traités passés entre eux et les départements.

Quand deux départements auront créé à frais communs un asile d'aliénés, les deux préfets et les deux Conseils généraux se partageront le droit de nommer les membres de la Commission laissés à leur choix par le présent article. Les dispositions de cet article s'appliquent au cas où un département aura traité avec un département voisin pour la garde et le soin de ses aliénés.

Art. 6. — Les asiles publics sont administrés, sous l'autorité du ministre de l'Intérieur et des préfets des départements, par un directeur-médecin responsable. Les quartiers spéciaux annexés aux hôpitaux et hospices sont administrés par les Commissions administratives de ces établissements, ils sont assimilés aux asiles publics en ce qui concerne la direction médicale, le traitement et la surveillance des aliénés. Cette partie du service est confiée à un médecin en chef préposé responsable. Toutefois le ministre peut, sur l'avis du Conseil supérieur de l'assistance publique et du Conseil général du département, ordonner la disjonction des fonctions de médecin et de directeur de l'asile public, ainsi que de celles de médecin et de préposé responsable d'un quartier d'hospice.

Dans les asiles où les services médicaux sont répartis entre trois médecins au moins, la réunion des médecins constitue le conseil des médecins de l'asile ; il y a un avis consultatif sur toutes les questions d'ordre médical. Le médecin-directeur en fait partie et le préside. Dans certains cas, le ministre de l'Intérieur peut, sur l'avis du Conseil supérieur de l'assistance publique et à la demande du Conseil général, adjoindre au directeur-médecin un secrétaire général, pour l'administration ou le décharger de tout service médi-

cal particulier. Les médecins traitants résident ou non dans l'asile suivant la décision prise par le préfet après avis du Conseil général. Ils peuvent exercer librement la médecine. Leur nombre sera déterminé pour chaque asile par décret rendu en Conseil d'Etat, après avis du Conseil supérieur de l'assistance publique.

Les médecins-directeurs et les médecins traitants ne peuvent être attachés par un intérêt quelconque à l'exploitation d'un asile privé. Tout directeur d'asile privé faisant fonction d'asile public peut, dans les cas prévus par les règlements d'administration faits en exécution de la présente loi, être suspendu par un décret du Président de la République et remplacé par un régisseur provisoire. Le fonctionnaire chargé de la régie conserve tous ses droits à l'avancement et à la retraite. Cette régie provisoire ne peut avoir une durée de plus de six mois.

Art. 7. — Les médecins directeurs et les médecins préposés responsables sont choisis parmi les médecins traitants et nommés à la suite d'un concours public sur titres par le ministre de l'Intérieur. Les médecins traitants dans les asiles publics et les médecins des asiles privés faisant fonction d'asiles publics sont nommés par le ministre de l'Intérieur sur une liste dressée à la suite d'un concours public et annuel à l'exception des professeurs des facultés de médecine, chargés de l'enseignement clinique des maladies mentales, qui sont de droit médecins traitants des asiles d'aliénés destinés à cet enseignement. Les internes sont nommés au concours par le préfet.

Dans les asiles publics, les pharmaciens, les secrétaires généraux, les archivistes, les receveurs, les économes et autres employés ayant droit à une pension de retraite sont nommés par le préfet. Les nominations d'agents et infirmiers sont faites par le directeur-médecin dans les asiles et par le préposé responsable dans les quartiers d'hospice.

Art. 8. — Nul, en dehors des personnes ci-dessous exceptées par l'article 9, ne peut retenir une personne atteinte de maladie mentale dans un domicile privé sans qu'il en ait fait la déclaration écrite, dans le délai de quinze jours, au procureur de la République du domicile où elle est retenue. Il est joint à cette déclaration un rapport dressé par un docteur en médecine, conformément aux prescriptions des paragraphes 5 et 6 de l'article 13 ci-après. Si la personne qui retient ainsi un aliéné dans son domicile privé est médecin, elle ne peut dresser elle-même le rapport médical joint à la déclaration. Tout aliéné retenu dans un domicile privé, comme il vient d'être dit, est placé sous la surveillance instituée en exécution de l'article 10 ci-après. A défaut de la déclaration, il peut être pourvu au placement de l'aliéné, conformément à l'article 26 ci-après.

Art. 9. — Un aliéné peut être traité dans un domicile privé sans déclaration lorsque le tuteur, autorisé par le conseil de famille à se charger du traitement, le conjoint, l'un des ascendants ou l'un des descendants, le frère et la sœur, l'oncle ou la tante du malade réside dans le domicile et préside personnellement aux soins qui lui sont donnés. Si la nécessité de tenir le malade enfermé a duré trois mois, le tuteur, conjoint ou parent qui préside au traitement est tenu d'en faire la déclaration et de fournir le rapport médical prescrit par le paragraphe 2 de l'article précédent. Le procureur de la République peut, toutes les fois qu'il le juge nécessaire, demander qu'un nouveau rapport médical lui soit fourni.

Dans le cas où il serait reconnu que l'aliéné ne reçoit pas les soins suffisants, le tribunal, à la demande du procureur de la République ou d'un délégué spécial nommé par le conseil de famille, pourra ordonner en chambre du conseil qu'il sera confié à un autre parent ou même placé dans un asile. La décision est prise en présence du tuteur parent qui retient le malade ou après qu'il aura été mis en demeure d'intervenir. Appel pourra en être relevé par toute partie ou par le procureur de la République dans les cinq jours qui suivent celui où la décision aura été rendue. La Cour devra statuer en chambre du conseil dans la quinzaine à compter de la date de l'appel. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE.

Présidence de M. le Dr Jules Voisin.

Séance du 15 *janvier et du* 19 *février* 1907.

La psychologie de l'entraînement.

M. Lagrange (de Vichy).— L'entraînement, conduit avec toute la prudence et les précautions voulues, a mérité de prendre rang en médecine et se place, dans certaines maladies, bien au-dessus des remèdes pharmaceutiques, mais le point de vue éducatif est aussi intéressant que le point de vue médical, dans l'utilisation des effets de l'entraînement corporel ; l'éducation morale n'étant autre chose qu'une suggestion lente et répétée et l'éducation intellectuelle n'étant que l'entraînement de l'esprit. Toutes les diverses facultés de l'esprit prennent une part considérable à l'éducation du corps, l'éducation physique porte toujours avec elle un certain degré d'éducation intellectuelle et morale. L'entraînement corporel pourrait être utilisé comme une sorte d'en-

trée en matière, chez les sujets mal doués au point de vue de l'esprit.

Chez les enfants arriérés, par exemple, l'apprentissage des mouvements pourrait être une préparation à celui des matières plus difficiles des programmes scolaires. Et chez les sujets de caractère faible, on trouverait dans l'accoutumance à faire effort, dans l'habitude de supporter la fatigue, un moyen de développer la volonté tout en atténuant la sensibilité qui vient si souvent lui faire échec.

Les éléments d'une psychothérapie préventive.

M. Bérillon.— La question de l'entraînement domine toute la psychologie. L'homme qui a la notion de l'entraînement est, par ce seul fait, un homme déjà de beaucoup supérieur à la moyenne des autres hommes. Dans la pratique de la psychothérapie, cette notion de l'entraînement s'impose forcément au médecin. Ce n'est que par un entraînement progressif qu'il arrive à posséder cette dextérité professionnelle, cette résistance soutenue qui peuvent seules triompher des résistances du malade. On peut arriver par la continuité de l'entraînement professionnel à faire face à des obligations extrêmement pénibles. Il se passe dans la pratique de la psychothérapie quelque chose d'analogue à ce que réalise le chirurgien dont l'habileté opératoire ne cesse de s'accroître à mesure qu'il se livre à des opérations de plus en plus difficiles. La véritable méthode d'entraînement pour le psychothérapeute, c'est la pratique de l'hypnotisme. C'est seulement en s'exerçant à hypnotiser et en avançant dans la technique de l'hypnotisme qu'on peut acquérir une habileté réelle et prétendre connaître toutes les ressources de la psychotérapie. Sans l'adjonction de l'hypnotisme, la psychothérapie est une chose vaine, qui ne correspond à rien de sérieux, ni de réel.

Un cas de Toxicomanie traité par la suggestion hypnotique.

M. Damoglou (du Caire) rapporte l'observation d'un jeune homme à la fois alcoolique, cocaïnomane, haschishomane, qui avait perdu toute notion de travail et s'était fait révoquer de son emploi. Au bout de deux mois de traitement par la suggestion hypnotique, il est devenu travailleur, exact, rangé et s'est trouvé tout à fait débarrassé de sa triple passion. Ce succès date de trois ans et ne s'est pas démenti un seul instant.

Le retour de la conscience après l'évanouissement.

M. Lionel Dauriac se demande si la reprise de la connaissance après l'évanouissement ne comporte pas, tout d'abord, la conscience à l'état pur, la conscience inhabitée pourrait-on dire, la simple conscience de soi, en dehors de tout état affectif ou intellectuel et de toute tendance au mouvement.

A la suite d'une discussion à laquelle prennent part, MM. Paul Farez, Bérillon, Lux, Cazaux, Voisin et Raffegeau, la Société décide de maintenir cette question à son ordre du jour.

De la valeur suggestive des médicaments en thérapeutique, en particulier dans le traitement de l'incontinence d'urine prise comme cas-type.

M. C. Hahn. — La suggestion involontaire joue un rôle immense sous toutes les formes dans la production de maints effets obtenus dans la thérapeutique de l'incontinence d'urine. Déjà en 1894 le Dr Bérillon soupçonna le rôle considérable joué en cas d'incontinence d'urine par la suggestion, dans les résultats obtenus par l'emploi des médications si multiples qui y furent appliquées. Il a bien montré que toute la différence dans l'action des médicaments actifs employés chez les incontinents pour vaincre les spasmes ou renforcer l'atonie des sphincters provient d'une façon générale de ce que l'on a affaire à des individus suggestibles ou autosuggestionnables à des degrés différents.

Au point de vue psychophysiologique l'état de confiance en leur guérison, auquel sont soumis un grand nombre d'individus autosuggestionnés sur la vertu curative de leurs remèdes, apporte la preuve que ce processus doit être généralisé à la marche clinique de toutes les maladies, il est donc nécessaire que le médecin exerce volontairement, d'une façon plus usuelle qu'il n'a encore été fait jusqu'à présent sa puissance persuasive à l'état de veille.

Psychothérapie graphique : importance des exercices d'écriture appliquée dans le traitement des aboulies.

M. Bérillon. — Les aboulies sont constituées par une association d'états de conscience parmi lesquels les plus apparents sont l'indécision, la sensation d'impuissance à agir et surtout la difficulté d'appliquer son attention, réalisant la distraction.

Mais à ces symptômes difficiles à analyser et à apprécier s'en joignent d'autres d'une constatation plus facile et plus précise, tels sont l'abolition du goût de la lecture et la dysgraphie.

Depuis longtemps, je suis frappé de ce fait que les véritables abouliques évitent de lire et ont le plus grand dédain pour l'écriture. Aussi de toutes les questions qu'on doit poser à un malade atteint de névrose ou de psychonévrose la plus importante est la suivante : Aimez-vous la lecture ? Lisez-vous ?

Tant qu'un malade aime la lecture et y trouve une satisfaction, le pronostic n'est pas défavorable. Il en est de même s'il a conservé le goût d'écrire. Par contre, le dégoût de la lecture et de l'écriture doit être envisagé comme un caractère d'aboulie confirmée et une disposition à l'aggravation de l'état pathologique. Au contraire le retour progressif de l'aptitude à lire et à écrire

constitue un signe important de tendance à la guérison. Ce retour doit donc être encouragé et favorisé par tous les moyens possibles.

L'écriture, a-t-on dit avec raison, est le geste de la pensée, il importe donc de reconstituer la possibilité de ce geste.

C'est dans ce but que depuis de longues années, je me suis appliqué à constitner les éléments d'une méthode psychothérapique basée sur des exercices d'écriture appliquée. Ces exercices doivent suivre une progression successive et comportent : 1° des exercices d'écriture dictée, 2° des exercices d'écriture copiée, 3° des exercices d'écriture volontaire. Dans chacun de ces exercices la plus grande application doit être exigée. Il s'agit, en effet, d'un exercice ayant pour but de mettre en jeu tous les phénomènes de l'attention. Le choix des phrases à dicter ou à copier joue un rôle important et autant que possible doit se rapporter aux besoins psychologiques du malade. Les maximes, les pensées, se rattacheront avec utilité à des idées relatives à la culture de la volonté, à l'éducation du caractère, au courage, à la force morale, etc.

Les résultats obtenus par l'intervention des exercices d'écriture appliquée dans le traitement psychothérapique sont si frappants que je n'hésite pas à exprimer l'opinion que la salle d'écriture devrait être instituée dans toute maison de santé consacrée au traitement des maladies nerveuses et dans tout asile d'aliénés. J'ajouterai que ces exercices d'écriture devront être effectués sous la direction du médecin. En effet, ils ne donneront tout leur effet que s'ils s'opèrent sous l'influence d'une autorité compétente, mettant au service du traitement toutes les ressources de l'habileté psychologique.

Valeur de la rééducation de l'attention dans le traitement de l'hystérie.

M. Paul Magnin. — Il ne suffit pas pour guérir la névrose d'employer la persuasion basée sur le raisonnement, de faire l'éducation de la raison et de la volonté. Une telle prétention est en contradiction avec le fond même de l'hystérie, qui est caractérisée avant tout par une faiblesse énorme de la synthèse mentale. L'étude des troubles de la mémoire et de la volonté chez les hystériques est, à ce point de vue, très intéressante. Les amnésies continues d'une part, les aboulies intellectuelles, de l'autre, se confondent intimement avec l'aprosexie, si grande, comme on le sait, chez ces malades et le rôle de la rééducation de l'attention apparaît précisément comme le plus important facteur de restauration de la volonté et surtout de la synthèse mentale.

Les divers agents physiques, qu'ils agissent uniquement par suggestion (plaques métalliques, aimants, etc.) ou qu'ils aient en

même temps une action propre (excitations mécaniques, courants électriques, massage vibratoire, gymnastique suédoise d'opposition, etc.) servent aussi grandement à la rééducation de l'attention, à la condition toutefois qu'ils soient bien employés. Cette méthode de la rééducation de l'attention est essentiellement due aux travaux français. Inaugurée par Charcot, développée par M. Janet, elle est celle qu'enseigne depuis près de quinze ans M. le professeur Raymond. Voilà bientôt dix ans qu'elle me donne les meilleurs résultats.

L'attention pourra être rééduquée à l'état de veille et avantageusement aussi à l'état d'hypnose qnand faire se pourra ; mais il faut bien se souvenir que ce sont surtout les degrés du sommeil les plus rapprochés de l'état de veille qu'il faudra chercher à provoquer, les états d'inhibition légers dans lesquels la résistance pathologique du sujet sera éteinte, sans que soit abolie pour cela sa personnalité consciente.

Le cas de Soleillant devant la médecine psychiatrique

M. Félix Régnault. — Les journaux politiques ont entretenu et excité l'indignation publique contre Soleillant, au lieu de la calmer ; ils ont affirmé la complète responsabilité du criminel alors que, seul, le médecin légiste a le droit de se prononcer sur ce point. La plupart des violateurs et assassins d'enfants sont des aliénés et des irresponsables, plus un crime est horrible et maladroit, plus il y a chance qu'il ait été accompli par un fou. Vacher le tueur de bergers avait à la base du cerveau une balle qu'on trouva à l'autopsie ; Menesclou était atteint de méningite chronique et pourtant, tous deux ont été guillotinés. Quelques particularités de son interrogatoire obligent à rechercher si Soleillant n'a pas commis son crime pendant une sorte d'absence comportant l'oubli de quelques actes faisant partie d'une série bien coordonnée.

BIBLIOGRAPHIE

VI. — *Rapport sur l'asile public d'aliénés de la Haute-Garonne pour l'exercice* 1905 ; par le Dr Dubuisson, médecin-directeur.

Existants au 1er janvier 1905, 455 H., 475 F., total 930. Entrées dans l'année, 72 H. et 103 F. Sorties et décès, 105 H. et 102 F. Restants au 31 décembre 422 H. et 476 F. Total : 898.

Recettes ordinaires...........	515.349 fr. 10
Dépenses ordinaires...........	487.237 fr. 27
Excédent de recettes.......	28.111 fr. 83

Le prix de revient d'un aliéné indigent est, pour 1905, de 1 fr. 327.

Le département de la Haute-Garonne paie pour ses malades indigents 0 fr. 90. M. le Dr Dubuisson rappelant que dans les asiles de France, non compris ceux de la Seine, le prix moyen de la journée est de 1 fr. 12, demande de porter ce prix à un franc et il a raison, car il reste encore beaucoup à faire à l'asile et l'augmentation de traitement du personnel de surveillance porté, selon les classes, à 20, 25, 30 et 35 fr. par mois pour les femmes, et à 30, 35, 40 et 45 fr. pour les hommes, occasionnera une dépense supplémentaire de 8,000 fr. » C'est là une réforme indispensable. Si l'on veut que les malades soient bien soignés il faut rémunérer convenablement le personnel et il faut l'instruire. D'où la réalité d'avoir une bonne école d'infirmiers et d'infirmières à Toulouse et des cours spéciaux à l'asile de Braqueville.

Sorties par guérison, 19 ; par amélioration, 8 ; décés 123. La population au 31 décembre 1905,qui était de 898, comprenait 534 aliénés indigents de la Haute-Garonne,248 au compte de la Seine, 10 au compte d'autres départements, 105 pensionnaires placés volontairement et 1 militaire au compte du Ministère de la Guerre. — Parmi les *admissions*, signalons 14 cas de *folies alcooliques*, au lieu de 6 en 1904 et les vieillards de 61 à 70 avec 18 admissions ; de 71 à 80 ans 16.

« Sûrement et bien malgré nous, nous empiétons sur le domaine des hospices d'incurables, dit M. le Dr Dubuisson. D'une façon absolue, on peut interner, comme atteints de démence, les trois quarts au moins des ramollis apoplectiques de 70 à 80 ans, mais même lorsque ces pauvres vieux sont bruyants, gâteux, excitables, puisqu'ils ne peuvent pas se mouvoir, ils ne sont guère dangereux pour la sécurité publique, et alors disparaît une des conditions requises pour l'internement. Il faudrait assister ailleurs qu'à l'asile les ramollis de 70 à 80 ans et même au-delà. Nous répétons qu'il ne faut pas attendre, pour conduire les malades à l'asile qu'ils soient incurables, qu'il faut surtout intervenir hâtivement quand les malades refusent de s'alimenter, et, dans tous les cas, ne pas les ligoter avec de grosses cordes d'écurie et pas davantage avec des ficelles coupantes; un mouchoir, une serviette pliés en pointe comme un foulard, suffisent à maintenir les plus agités.

« Quarante-deux d'entre nos pensionnaires ont bénéficié pendant l'année dernière, avant la sortie définitive, de *sorties à titre d'essai*. Celles-ci ne sont ni autorisées ni mêmes prévues dans la loi de 1838, mais nous y avons recours toutes les fois que s'y prêtent l'état de l'interné en voie d'amélioration et le milieu ou il doit vivre pour parfaire sa guérison.

« Nous restons convaincu qu'il faudrait un mode d'assistance,

permettant de ne pas jeter à la rue un certain nombre d'infirmes mentaux dont il serait possible de débarrasser les asiles, s'il existait un établissement approprié pour les accueillir.

« En 1905, il y a eu 123 décès. A signaler le chiffre toujours élevé de nos décès par tuberculose pulmonaire, 17, et par infection tuberculeuse d'autres organes, 4, soit au total 21. Il est plus que jamais à désirer que nos ressources nous permettent de faire ce qu'il faut pour isoler et traiter nos tuberculeux comme il conviendrait. » Nous appuyons ce vœu bien justifié. M. Dubuisson fait remarquer l'absence de décès par suite de la *fièvre typhoïde* qui avait causé l'année dernière la mort de 9 malades et de 3 infirmiers, cet heureux résultat est dû a la substitution d'une bonne eau potable à une eau mauvaise.

Nous prions tous les médecins directeurs, les directeurs administratifs et les médecins en chef de nous envoyer *deux* exemplaires de leurs rapports que nous nous ferons un devoir d'analyser, soit dans le *Progrès Médical*, soit dans les *Archives de Neurologie*.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Du rôle de l'alcoolisme dans la production de la folie

Paris, le 25 février 1907.

Le président du Conseil, ministre de l'Intérieur,
à Messieurs les Préfets.

Je tiens à connaître et à pouvoir renseigner le Parlement, de façon aussi exacte que possible, sur l'importance du rôle joué dans l'aliénation mentale par l'alcool et les boissons à base d'alcool, contenant des essences. Vous voudrez donc bien faire remplir avec soin et me retourner, dans un bref délai, des tableaux correspondant à chacun des établissements d'aliénés situés sur le territoire de votre département (asiles publics, quartiers d'hospice, asiles privés faisant fonction d'asiles publics, maisons de santé); vous observerez que ces renseignements ont un caractère scientifique et impersonnel et que les malades visés ne doivent y être désignés que par des numéros d'ordre. Afin de rendre le dépouillement moins malaisé il est indispensable que ces tableaux soient dressés sur un type uniforme; voici, à ce sujet, les prescriptions qu'il conviendra de suivre.

I. — Les malades que nous nous proposons de dénombrer seront classés en trois groupes :

A) Le premier comprendra tous les cas d'alcoolisme simple, quelle qu'en soit la forme (confusion mentale, délire hallucinatoire, épilepsie, affaiblissement des facultés, paralysie générale, etc.) où l'intoxication alcoolique a été reconnue comme cause *exclusive* des troubles cérébraux.

B) Le second groupe comprendra les cas d'alcoolisme présentant l'un ou l'autre de ces caractères, savoir : que le cas soit compliqué de dégénérescence ou de débilité mentale, ou qu'il y ait de l'alcoolisme caractérisé chez les ascendants, une colonne spéciale sera consacrée à chacune de ces deux circonstances spéciales ; on ne perdra pas de vue qu'il s'agit là, non d'une description, mais d'un simple dénombrement.

C) Enfin le troisième groupe comprendra les cas de folies de toute espèce (manie, folie intermittente, paralysie générale, délires systématisés, etc.) qui, sans être des cas d'alcoolisme proprement dits, comptent l'intoxication alcoolique au nombre de leurs causes déterminantes.

II. — Je formulerai ici diverses observations générales ; vous recommanderez aux auteurs de ce travail de s'y conformer. 1° à chaque groupe devront correspondre deux tableaux distincts, l'un pour les hommes, l'autre pour les femmes ; 2° il serait extrêmement désirable que, sur chaque feuille les malades fussent inscrits par rang d'âge, les plus jeunes étant cités les premiers ; 3° chaque tableau devra indiquer, en autant de colonnes distinctes :

1. Le numéro d'ordre du malade sur le tableau ; 2° l'âge au 1er janvier 1907 (on comptera l'âge en années, en indiquant comme âgé de 56 ans par exemple, le malade ayant, à cette date, dépassé cet âge de moins de 6 mois, et comme âgé de 57 ans le malade ayant dépassé 56 ans de plus de 6 mois) ; 3° l'âge du malade lors de son entrée ou de sa première entrée dans un établissement d'aliénés. 4. Le département d'origine du malade ; 5° s'il y a lieu, le département, autre que le précédent, où le malade a contracté ses habitudes alcooliques ; 6° la profession.

4° Chaque tableau comportera une dernière colonne dans laquelle sera notée la boisson habituelle qui paraît la plus directement responsable de l'état du malade ; on indiquera, en particulier, si l'absinthe doit être incriminée à titre principal ou accessoire. 5° Nous aurons ainsi neuf colonnes pour chaque tableau B ; elles seront disposées comme suit :

B. — *Alcoolisme compliqué de dégénérescence ou débilité mentale ou d'hérédité alcoolique.*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Numéros d'ordre.	Age au 1er janvier 1907.	Age d'entrée.	Département d'origine.	Département d'origine alcoolique.	Profession.	Cas où l'alcoolisme est compliqué de dégénérescence ou débilité mentale.	Cas où l'alcoolisme est compliqué d'hérédité alcoolique.	Boisson alcoolique responsable. Absinthe.
1...								
2...								
3...								
4...								

6° Il va de soi que pour chaque tableau A ou C, les colonnes 7 et 8 disparaîtront, le titre général du tableau se suffisant à lui-même. 7° On aura soin de ne pas faire de répétition, un malade ne devant figurer que sur un seul tableau (A, B ou C). — 8° Enfin, sur feuille spéciale, on marquera le nombre des alcooliques de tout ordre se trouvant, au 1er janvier 1907, dans l'établissement (ce sera la somme des articles ci-dessus détaillés), et si possible le nombre correspondant pour les années 1897, 1887, 1877, 1867.

Au moment où les méfaits de l'alcoolisme sollicitent l'attention de tous, le Gouvernement a décidé de collaborer de tout son effort avec le Parlement pour combattre ce fléau social et d'abord pour en fixer nettement l'étendue ; il ne vous échappera pas, Monsieur le Préfet, quelle importante contribution la présente statistique apportera à cette étude. Je compte sur le zèle éclairé de tous pour me permettre de réunir le plus tôt et dans les meilleures conditions possibles, ces éléments d'information.

Pour le président du Conseil, ministre de l'Intérieur,
Le directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques.

MIRMAN.

VARIA

Internat des asiles de la Seine.

SERVICE DES ALIÉNÉS DE LA SEINE. — *Concours* pour la nomination aux places d'interne titulaire en médecine. dans les Asiles publics d'aliénés du département de la Seine : Asile Clinique, Asiles de Vaucluse, Ville-Evrard, Villejuif, Maison-Blanche, Moisselles, et l'Infirmerie Spéciale des Aliénés à la Préfecture de police.

Le lundi 8 avril 1907, à deux heures précises, il sera ouvert, à la préfecture de la Seine, à Paris, un Concours pour la nomination aux places d'Interne titulaire en Médecine dans lesdits établissements. Les candidats qui désirent prendre part à ce Concours devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine, Service des Aliénés, annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de *dix heures à midi* et de *deux à cinq heures*, du lundi 11 au samedi 23 mars 1907 inclusivement.

Conditions de l'admission au Concours et formalités à remplir : Pourront prendre part au Concours des Docteurs en Médecine munis du diplôme délivrés par les Facultés de l'Etat et les Etudiants ou Etudiantes en médecine, sans distinction de nationalité, possédant seize inscriptions de doctorat. Les Candidats devront, pour être inscrits au Concours, produire les pièces suivantes à la Préfecture de la Seine (Service des Aliénés) ; 1° Expédition d'acte de naissance ; 2° Extrait du casier judiciaire ; 3° Certificat de revaccination ; 4° Diplôme de docteur en médecine ou certificat de seize inscriptions prises dans une des Facultés ou Ecoles de médecine de l'Etat. Ce dernier certificat devra indiquer que l'intéressé n'a pas subi de peines disciplinaires graves ; 5° Certificat de bonnes vie et mœurs, délivré par le maire de la commune ou le commissaire de police du quartier ; 6° Certificat de l'Assistance publique indiquant les services hospitaliers du Candidat et témoignant qu'il n'a pas subi de peines disciplinaires graves.

Les Candidats devront en outre n'avoir pas atteint l'âge de trente ans révolus au 1er avril de l'année où aura lieu le Concours. Les années de présence sous les drapeaux accomplies par les Candidats français ne seront pas comptées dans ce délai. La liste des Candidats sera close quinze jours avant la date de l'ouverture du Concours.

Les épreuves du Concours sont les suivantes : 1° Une composition écrite de trois heures, sur un sujet de pathologie externe

(médecine et chirurgie). Il sera accordé trente points pour cette épreuve. Elle pourra être éliminatoire si le nombre des Candidats dépasse le triple des places vacantes. 2° Une épreuve écrite de deux heures sur un sujet d'anatomie et de physiologie du système nerveux. Il sera accordé vingt points pour cette épreuve. 3° Une épreuve orale de dix minutes sur une question de garde. Sur ces dix minutes, cinq pourront être utilisées par le Candidat pour la réflexion. Il sera accordé quinze points pour cette épreuve. Par question de garde on doit entendre une épreuve orale relative à la conduite immédiate à tenir par le médecin en présence d'un cas clinique urgent de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique.

Seront seuls admis dans la salle où aura lieu la composition écrite, les Candidats porteurs d'un bulletin spécial délivré par l'Administration et constatant leur admission au Concours. Le sujet des compositions écrite est le même pour tous les Candidats ; il est tiré au sort entre trois questions qui sont rédigées et arrêtées par le Jury immédiatement avant l'ouverture de la séance. Pour l'épreuve orale, la question sortie est la même pour ceux des Candidats qui sont appelés dans la même séance. Elle est tirée au sort comme il est dit ci-dessus. L'épreuve orale peut être faite en plusieurs jours, si le nombre des Candidats ne permet pas de la faire subir à tous dans la même séance ; dans ce cas, les questions sont rédigées par le Jury chaque jour d'épreuves, au nombre de trois, immédiatement avant d'entrer en séance.

Les Candidats qui doivent subir l'épreuve orale sont tirés au sort avant l'ouverture de chaque séance. L'épreuve orale est publique. Le jugement définitif porte sur l'ensemble des épreuves. Il pourra être nommé des internes provisoires en nombre égal au nombre des internes titulaires.

Les internes nommés dans l'ordre de classement établi par le jury d'examen entreront en fonctions le 1er mai qui suivra l'ouverture du Concours. La durée des fonctions des Internes titulaires est de trois ans ; celle des fonctions d'interne provisoire, d'une année. Les fonctions d'interne dans les Asiles sont incompatibles avec les fonctions d'interne ou d'externe dans les hôpitaux, hospices ou autres établissements. Les internes provisoires peuvent se représenter au Concours pour les places d'internes titulaires, sous réserve des conditions ci-dessus. La répartition des internes dans les divers services d'aliénés se fait au 1er mai de chaque année. Les internes de première année choisissent leurs places d'après l'ordre de classement. Pour les années suivantes, le choix se fait suivant l'ordre d'ancienneté, tous ces choix ne seront définitifs qu'après ratification par l'Administration.

A l'expiration de leurs fonctions, les internes qui auront soutenu leur thèse pourront être autorisés à faire une quatrième

année d'internat et ceux qui auront passé avec succès le Concours de l'adjuvat pourront être maintenus en fonctions une cinquième année. Ces prorogations seront autorisées par décisions préfectorales sur demandes motivées du chef de service. Un interne ne pourra rester plus de deux ans dans le même service ; toutefois, cette règle ne sera pas appliquée aux internes prorogés, qui resteront affectés au service auquel ils étaient attachés, l'année précédant leur prorogation.

Les traitements alloués aux internes sont fixés de la manière suivante :

	Traitement.
1re année........................	800 francs.
2e année........................	1.000 —
3e année........................	1.200 —

Les internes qui, exceptionnellement, ne seraient ni logés ni nourris dans l'établissement, recevront les indemnités représentatives de logement et de nourriture suivantes :

	Indemnité représentative de logement.	Indemnité représentative de nourriture.
1re année............	600 francs.........	900 francs.
2e année............	600 —	900 —
3e année............	600 —	900 —

L'interne provisoire reçoit le traitement et les avantages en nature d'un interne titulaire de première année, chaque fois qu'il est appelé à faire un remplacement. Les internes reçoivent, en outre, une indemnité de déplacement de 300 francs pour Villejuif et de 400 francs pour les Asiles de Vaucluse, Ville-Evrard, Maison-Blanche et Moisselles. Les internes appelés à rester en fonctions après leurs années d'internat, reçoivent un traitement de 1.400 francs pendant la quatrième année et de 1.600 pendant la cinquième année. Ils continuent, comme pendant les trois premières années, à jouir des avantages en nature ou des indemnités représentatives ci-dessus suivant la situation de l'établissement auquel ils sont attachés. Ceux de l'Infirmerie spéciale des Aliénés de la Préfecture de Police, recevront le traitement ainsi que les avantages en nature ou les indemnités représentatives, dans les proportions fixées par la Préfecture de police.

Nous rappelons à ce propos que les candidats trouveront la liste des *questions écrites* et des *questions orales* traitées depuis des années, dans le *Numéro des Etudiants* du *Progrès médical*.

Statistique des anormaux.

	De 1 an à 6 g.	f.	De 6 ans à 13 g.	f.	De 14 ans à 21 g	f.	Total général
Aliénés.........	2	1	22	12	223	151	411
Aveugles........	2	1	4	7	12	11	37
Sourds-muets...	2	5	47	70	98	114	336
Epileptiques....	57	23	125	167	202	31	875
Hystériques.....	»	»	4	5	4	67	90
Idiots, débiles...	82	78	364	285	912	584	2.305
Curables........	»	»	»	»	»	»	247
							4.031

dont 247 curables.

Ces 4.031 enfants et adultes sont placés dans les asiles ou les hospices.

Les idiots, les débiles (1) d'un an à 21 ans sont au nombre de 2.305. Si l'on y ajoute les aliénés, les épileptiques et les hystériques, on a un total de 3.781. Cette statistique a été faite pour 1906 ; elle comprend les *asiles* et les *hospices*. La statistique que nous avons dressée pour la fin de 1903 et ne comprenant que les malades de 2 à 18 ans nous a donné les résultats suivants : idiots et épileptiques des *asiles*, 1206 ; *asiles-écoles* de la Seine 1079, total : 2276. (2).

Il est dit dans cette statistique que nous devons à l'obligeance de la direction de l'assistance publique au ministère de l'Intérieur qu'il y a 247 malades curables ? Qu'entend on par *curables* ? qui peuvent être guéris ? Ce mot ne s'applique guère aux idiots, c'est *améliorables* qu'il aurait fallu dire. Ainsi que nous l'avons souvent dit, l'incurabilité ne peut être prononcée qu'après une application sérieuse du traitement médico-pédagogique pendant 2 ou 3 ans.

Comité national français pour l'étude et la protection de l'enfance anormale.

Le but du comité est : 1° de grouper les philanthropes, les médecins et les éducateurs qui s'intéressent aux enfants anormaux de France et de rendre leurs efforts plus féconds par l'union ; 2° d'étudier, dans des réunions et dans des congrès organisés par

(1) Les mots *débilité mentale*, employés par quelques médecins font double emploi avec les mots *imbécillité simple et arriération*. Ils devraient être réservés pour les adultes et surtout pour les vieillards qui, de riches intellectuellement, deviennent pauvres. C'est le commencement de la démence.

(2) Bourneville. — *Statistique et enseignement des enfants idiots et épileptiques internés dans les asiles d'aliénés*. In-octavo de 24 pages. Cette brochure a été distribuée en 1904 aux membres de la commission de surveillance des asiles de la Seine, de la 3e commission du Conseil général, de la commission ministérielle des anormaux. Elle a paru aussi dans notre compte-rendu de 1904.

lui les questions relatives à l'éducation, au traitement, à l'étude et à l'assistance de ces enfants ; 3° de vulgariser les résultats de ses études par la voie de son bulletin officiel, de conférences, brochures, etc. ; 4° de provoquer la fondation dans les villes impertantes et plus spécialement dans les villes possédant une Université, de groupes régionaux, affiliés au Comité, mais autonomes ; ces groupes ayant pour mission de fonder ou de faire fonder par les pouvoirs publics ou par l'initiative privée des établissements médico-pédagogiques régionaux ou de patronner s'il y a lieu les établissements de ce genre déjà existants ; de fonder ou de faire fonder des asiles-ateliers pour anormaux adultes améliorés ; de patronner, après leur sortie des établissements médico-pédagogiques, les enfants anormaux guéris et de leur procurer autant que possible les moyens de gagner leur vie honnêtement ; 5° de participer par ses délégués aux travaux du Comité international pour l'Etude de la Protection de l'Enfance anormale.

Le Comité comprend : 1° des membres fondateurs, versant un droit d'admission de 250 francs et une cotisation annuelle de 20 francs au minimum ; 2° des membres honoraires versant une cotisation annuelle de 20 francs au minimum (cette cotisation peut être rachetée par un versement unique de 250 francs ; il en est de même pour celle des membres fondateurs ; 3° des membres actifs versant une cotisation annuelle de 5 francs au minimum.

Le Comité publie un bulletin : *L'enfance anormale*, sous la direction de M. Louis Grandvilliers, dont le dévouement est connu de tous. Adresser les adhésions au secrétaire général, M. Louis Grandvilliers, à Meyzieux (Isère), qui enverra sur demande le texte complet des statuts. Nous ne saurions trop engager nos lecteurs à encourager cette œuvre d'une utilité de premier ordre.

ENFANTS ARNORMAUX.

Le numéro de janvier des *Annales de l'Alliance d'hygiène sociale*, présidée par M. Casimir-Périer, dont tout le monde regrette profondément la mort prématurée, est consacré tout entier au *Recensement des enfants anormaux* des écoles publiques de garçons de la ville de Bordeaux. Ce *recensement* est exposé dans le *rapport général* de la commission d'enquête présenté par notre distingué collaborateur M. le Dr Jean ABADDE qui mérite les plus grands éloges pour la façon dont il s'est acquitté de sa tâche difficile.

INTERNAT DES ASILES D'ALIÉNÉS DU NORD. — Le jury du concours d'internat des asiles d'aliénés a été ainsi constitué. MM. les Prof. COMBEMALE, président ; SURMONT, INGELRANS ; les Drs CHOCREAUX, médecin en chef de Bailleul, CHARDON, médecin en chef de l'asile d'Armentières ; M. le Dr RAVIART, médecin-adjoint de l'Asile d'Armentières, juge suppléant.

FAITS DIVERS

Médecin honoraire de Charenton. — M. le Dr Antheaume, démissionaire, est nommé médecin honoraire, en reconnaissance des services rendus à la Maison nationale de Charenton.

Asile public d'aliénés de Clermont (Oise). — Une place d'interne de médecine est actuellement vacante à l'Asile des aliénés de Clermont. Les avantages attachés à cette fonction sont les suivants: Indemnité annuelle, 800 fr. logement, nourriture. blanchissage, éclairage et chauffage. Conditions : Nationalité française, seize inscriptions valables pour le doctorat en médecine, certificat de bonne vie et mœurs. Adresser les demandes à M. le directeur de l'asile de Clermont.

Asiles d'aliénés. — *Concours de l'adjuvat.* — Les candidats au nombre de 26, ont eu à traiter comme question d'anatomie et de physiologie: *Nerf optique, anatomie et physiologie.* — Questions restées dans l'urne ; 1° Capsule interne : anatomie et physiologie ; 2° racines des nerfs rachidiens : anatomie et physiogie. — Comme question d'Administration et de législation : 1° *Responsabilité des médecins-directeurs et des médecins en chef dans les cas d'évasion, suicide, ou d'accidents graves.* — Les questions restées dans l'urine étaient : 1° Conditions juridiques des aliénés internés et non internés (Leurs droits civils et politiques). — 2° Des relations de l'aliéné avec l'extérieur (Visites et correspondance. — Droits et obligations de contrôle du médecin.

Huit candidats appartiennent au cadre des Asiles de la Seine. Le nombre des places à distribuer est de 8.

Séance du 4 mars 1907. Candidats admissibles aux épreuves orales. — MM. les docteurs Charpentier, 43 points 1/2 ; Dupouy. 42 p. ; Alaize, 40 p. 1/2 ; Audemard, 39 p. ; Robert, 38 p. 1/2 ; Rougean, 37 p. 1/2 ; Schwartz, 37 p. 1/2 ; Albès, 37 p. ; Courbon, 37 p. ; Arsimoles, 36 p. ; Fournial, 35 p. 1/2 ; Olivier, 35 p. 1/2 ; Olivier, 35 p. 1/2 ; Carrier, 34 p. ; Loup 32 p. 1/2 ; Corcket, 31 p. ; Bourilhet, 30 p. 1/2 ; de Lavaissière, 30 p.

Asile d'aliénés de la Seine-Inférieure. — M. Cantel a été nommé, après concours, interne titulaire à l'asile St-Yon. Le jury était composé de MM. Pennètre, président ; Cerné, Giraud, Lallemand et Pochon.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères et Thiron.

Vol. 1. 3e Série. Avril 1907. N° 4

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE MENTALE

Formes mélancoliques de la démence précoce (Période initiale) ;

Par Mlle PASCAL.

(Travail du Service de M. SÉRIEUX, à la Maison de santé de Ville-Evrard).

Guislain et Zeller affirmaient qu'au début de toutes les affections de l'âme on rencontre une période triste, la mélancolie. On sait actuellement que cette opinion ne correspond pas à tous les faits cliniques et qu'il y a des maladies mentales dont le début est caractérisé par un état spécial de suractivité organique et d'exaltation psychique. Toutefois la démence précoce, comme le prouvent les statistiques, débute *presque toujours* (sauf dans ses formes fébriles) par des phénomènes particuliers où se reflète l'abaissement du ton affectif et du ton vital.

Au congrès de Lille, j'ai apporté le résultat de mes études sur la période prodromique de 75 déments précoces de la maison de santé de Ville-Evrard. Chez aucun de ces malades je n'ai trouvé cette période d'excitation euphorique ou de dynamie fonctionnelle que Maudsley a signalée au début de la démence sénile et que M. Régis a magistralement décrite à la période d'invasion de la paralysie générale. Il n'y a chez les déments précoces aucun état d'optimisme ni d'exaltation des facultés avant la déchéance évidente ; de leur vie habituelle ils passent par une phase d'abaissement progressif de toutes les facultés psychiques et organiques où dominent la torpeur et la dépression morale.

En étudiant ces états dépressifs prodromiques, j'ai pu isoler une *forme neurasthénique*, une forme *neurasthénico-hystérique*, et une *forme mélancolique*. La forme mélancolique de la démence précoce représente le plus haut degré de la dépression physique et morale.

L'apparition des phénomènes aigus (conceptions délirantes, hallucinations, anxiété, stupeur) pendant l'évolution de cet état dépressif, permet de considérer la mélancolie comme une forme appartenant à la fois à la période prodromique et au stade initial (début apparent) qui nécessite l'internement.

Si la période prodromique appartient aux praticiens, la période initiale est exclusivement du ressort des aliénistes. Son étude est de la plus haute importance, car il s'agit de découvrir les traits fondamentaux de la démence précoce au milieu des troubles aigus fortement dissemblables les uns des autres.

Comme dans la paralysie générale et la démence sénile, sur le fond constant et essentiel de l'affaiblissement intellectuel, se greffent des symptômes psychiques et délirants accessoires et variables. Ces phénomènes secondaires revêtent l'aspect clinique de toutes les psychoses aiguës. Ainsi, on rencontre au stade initial de la démence précoce toutes les variétés psychosiques connues : *états mélancoliques* ; *états maniaques* ; *états mixtes* (*mélancolico-maniaques*) : *états confusionnels* ; *délires pseudo-systématisés*, etc.

M. Meeus, dans son remarquable travail sur la démence précoce (1), où il étudie 40 cas, nous donne des renseignements précis sur la période initiale (période d'augment) de 29 malades.

10 cas : mélancolies.
8 cas : états délirants et hallucinatoires.
7 cas : manies.
4 cas : stupidités.

M. le Dr Albrecht, de Riga (2), apporte une statistique

(1) Meeus. — *De la démence précoce.* (*Journal de Neurologie*, 20 nov. 1902).
(2) Albrecht. — *Contribution à l'étude de la symptomatologie de la démence précoce* (*Allg. Zeit. f. Psychiatr.*, 1905).

sur 202 déments précoces de l'asile de Treptow. Le titre de démence précoce s'applique à la modalité mordide décrite par Krœpelin. Ces démences précoces se décomposent ainsi :

82 démences paranoïdes.
64 catatonies.
56 hébéphrénies.

La dépression a constitué le début de l'affection dans la proportion de 53 pour 100 à peu près ; elle a débuté par de l'excitation maniaque dans 10 % ; le début en a été indéterminé dans 34 %. La dépression initiale est surtout fréquente dans la catatonie (63 %) ; elle l'est moins dans la démence paranoïde (52 %), le début indéterminé et généralement chronique s'observe plus que la dépression initiale dans l'hébephrénie ; le premier y est de 43 % la seconde de 40 %.

M. Ley, médecin en chef de santé du Fort-Jaco à Uccle, (Bruxelles) a bien voulu nous envoyer la statistique suivante :

11 cas : états dépressifs,
4 cas : états confusionnels.
2 cas : états mixtes maniaco-dépressifs.
1 cas : stupeur.

M. Baruk, médecin directeur de l'asile d'Alençon, nous a également communiqué le résultat de ses recherches portant sur 20 malades.

6 cas : mélancolies.
6 cas : états maniaques.
5 cas : confusion mentale.
2 cas : démence d'emblée.
1 cas : délire hallucinatoire aigu.

L'analyse des 20 observations publiées dans la thèse de Trepsat (1) nous permet de les répartir ainsi :

7 cas : mélancolies.
4 cas : états maniaques.
4 cas : états mixtes (mélancolie et agitation).

(1) Trepsat. — *Etude des troubles physiques dans la démence précoce.* Thèse de Paris, 1905.

3 cas : confusions mentales.
2 cas : début fébrile.

Dans la thèse de Chenais (1), sur 19 catatoniques nous trouvons :

7 cas : mélancolies
6 cas : états maniaques.
5 cas : états mixtes.
1 cas : confusion mentale.

Notre étude sur 75 déments précoces nous fait constater les faits suivants :

Période prodromique.

65 cas : états dépressifs (neurasthénies et mélancolies).
6 cas : états neurasthénico-hystériformes.
4 cas : états psychasthéniques (neurasthénies avec obsessions et phobies.)

Période initiale.

35 cas : mélancolies.
21 cas : états mixtes (maniaco-dépressifs ou états de stupeur suivis d'agitation).
13 cas : états maniaques.
4 cas : états confusionnels.
2 cas : délires pseudo-systématisés à base d'interprétation délirante.

Tous ces faits nous démontrent que les états dépressifs prédominent non seulement à la période prodromique, mais encore à la période initiale. Ils nous apprennent également qu'à la phase mélancolique succède souvent une période d'agitation maniaque. Ces *états mixtes* se trouvent à la période initiale de toutes les variétés de la démence précoce : ils ne sont pas spéciaux à la catatonie, comme l'avait établi Kahlbaum.

Les états mélancoliques symptomatiques de la démence précoce ont été signalés depuis longtemps par d'éminents auteurs : Kahlbaum, Haeker, Brosius, Daraszkievicz, Krœpelin, Zichen, etc. Tous ont insisté sur leur prédominance au début de cette affection. M. Masselon, dans

(1) Chenais. — *Recherches sur les symptômes de la démence précoce.* Thèse de Paris, 1902.

son intéressant ouvrage sur la mélancolie, en a montré galement l'importance diagnostique et pronostique. On peut donc affirmer que la *dépression morale* constitue dans la majorité des cas le fonds principal de la démence précoce ; on l'y trouve à tous les degrés et sous tous les aspects cliniques. On peut rencontrer sur une série de malades différemment atteints ou suivre sur le même individu toutes les étapes depuis la dépression simple jusqu'à l'etat mélancolique le plus accusé (anxiété, délire ou stupeur).

Nous avons vu en étudiant la forme neurasthénique (1) comme les réactions individuelles sont variables ; nous avons vu également que c'est d'elles que dépendent toutes les modalités et les nuances cliniques de la période prodromique. Les différences de sensibilité font les différences de manifestations initiales. Les déments précoces mélancoliques sont des malades qui, au début de leur affection, souffrent de leurs modifications organiques et psychiques. La souffrance met en évidence les qualités de résistance et d'énergie vitales. Ce fait souligne ce que M. Masselon a fort bien formulé : « La douleur morale est le résultat de la conscience que le sujet prend de son arrêt mental par suite du relèvement de ses tendances fondamentales ».

Dans ces cas, la douleur morale luit un moment dans le champ de la conscience et ne fait place qu'au bout d'un certain temps à l'indifférence émotionnelle. Mais la mélancolie comme la neurasthénie n'est qu'un voile jeté sur la démence. Celle-ci se manifeste dans l'expression de *l'état mental*, dans *les conceptions délirantes* et dans les *réactions morbides*.

Troubles intellectuels. — Lorsque le déficit intellectuel est manifeste et la douleur morale passagère comme dans les formes rapides (la catatonie principalement), le diagnostic est plus facile à établir. Mais le plus souvent, le déficit intellectuel est peu appréciable à cette période. Pour en mesurer le degré, on est obligé de recourir aux diverses épreuves employées pour l'évaluation de l'in-

(1) Mlle Pascal.— *Pseudo-neurasthénie prodromique de la démence précoce.* (*Presse médicale*, 19 janvier 1907).

telligence. Les épreuves de Masselon (1), de Ziehen (2) et d'Ebbinghaus (3), permettent de déceler les moindres troubles de la synthèse mentale : attention volontaire, attention spontanée, associations des idées, évocation des images. Pour Ziehen, il serait désirable qu'on fit de telles recherches sur les individus sains et particulièrement sur les soldats. Cet auteur a pu, grâce à ces procédés, diagnostiquer trois cas d'hébéphrénie à début mélancolique chez des jeunes soldats.

Les malades qui se plaignent spontanément se prêtent plus facilement à l'examen clinique. Il faut alors les *écouter parler* et analyser les raisonnements, les interprétations et toutes les tentatives de ces malades pour expliquer les modifications survenues dans leur état mental. Griesinger écrit : « La loi de causalité exige que toute tristesse ait un motif et une cause, etc. » et M. Dumas dit à ce sujet : « C'est un besoin interne de logique, une horreur inconsciente ou consciente de l'absurde qui déterminent et coordonnent les associations d'idées ».

Dans la démence précoce, la conscience est moins claire et le raisonnement moins bien marqué. Le malade sent les modifications de son état psychique, mais il ne les explique pas avec la logique des mélancoliques. Les associations des idées ne sont pas guidées exclusivement par la douleur morale comme dans la mélancolie, elles dépassent souvent son cercle étroit, d'où l'absurdité et la contradiction des déductions et l'impossibilité de se coordonner en un système délirant fixe. « Les mélancoliques tendent vers l'équilibre instable, ajoute M. Dumas, ils ne veulent pas être en contradiction avec eux-mêmes ou avec les choses. » Par contre, *la synthèse mentale des déments précoces n'a aucune tendance à l'adaptation rationnelle*.

M. Masselon (4) décrit l'état d'anxiété des déments précoces mélancoliques, comme une activité mentale présen-

(1) MASSELON. — *Psychologie des déments précoces*. Thèse de Paris, 1902.

(2) TH. ZIEHEN. — *Die Differential diagnose der melancholie und der Dementia hebeahrenica, namentlich bei Soldatem*. Sonderabdruk aus der Leuthold-sedenkschrift. II. Band.

(3) Cité par Ziehen.

(4) MASSELON. — *La mélancolie*. F. Alcan, 1906.

tant visiblement l'empreinte de l'affaiblissement intellectuel. « C'est une terreur intense, écrit cet auteur, une crainte irraisonnée, accompagnées souvent d'une sorte d'hébétude qui fait que le malade réagit automatiquement et violemment à la douleur morale qui l'oppresse. »

Le diagnostic devient difficile dans les cas où les malades gardent *le mutisme*. Il s'agit alors d'établir si on se trouve en présence d'une inhibition mélancolique ou d'un barrage de la volonté de cause démentielle.

On aura recours aux moyens utilisables pour tous les malades renfermés dans le mutisme. On essayera ainsi de provoquer un « oui » ou un « non » ou un simple mouvement de tête par des questions simples et souvent répétées. Si on ne réussit pas, on cherchera à faire écrire le malade spontanément d'abord, ensuite on exigera des réponses par écrit; on peut également leur faire copier des textes.

Dans ces épreuves écrites, on voit combien les associations des idées sont correctes chez les mélancoliques à part la longueur du temps, la lenteur d'évocation, et l'introduction d'idées délirantes et combien elles sont troublées chez les déments précoces. Mais pour être sûr du diagnostic, il faut faire des examens cliniques répétés, on peut même dire qu'il est impossible de se prononcer à la suite d'un seul examen. Les gestes, les attitudes et le moindre mouvement au cours de l'interrogatoire doivent être pris en considération. C'est ainsi que Ziehen a pu établir un diagnostic très difficile chez un malade dont tous les phénomènes (dépression, contenu des idées délirantes, déficit intellectuel peu appréciable) semblaient exclure la démence précoce. Son attitude bizarre vis-à-vis du médecin (il s'amusait à le tâter fut le seul symptôme qui fit penser à la démence précoce. Le diagnostic s'affirma par la suite.

Dans les cas difficiles, il faut une surveillance prolongée de jour et de nuit pour constater les réactions anormales et les actes bizarres caractéristiques de la démence précoce.

N. Tanzi, professeur à Florence, insiste sur ce fait que l'état mental des déments précoces *se manifeste mieux dans ce qu'ils font que dans ce qu'ils pensent*. C'est un vrai

[illegible] en extravagance et puérilités. Quelques-uns de ces [illegible] se groupent en synthèses partielles qui se détachent de plus en plus de la conscience, tendent à devenir autonomes et finissent même par être à un moment donné, prépondérants : ce sont les premiers [illegible].

Troubles affectifs. — L'intensité de la douleur morale n'a aucune valeur diagnostique : il en est de même de l'angoisse précordiale et des autres troubles physiques qui accompagnent les crises paroxystiques. La disparition des sentiments de famille n'est guère plus importante. M. Dumas a vu des mélancoliques devenues complètement indifférentes à l'égard de leurs parents. Les sentiments supérieurs comme la curiosité et l'intérêt, sont émoussés dans les deux affections.

Par contre le *début et l'évolution* des troubles affectifs sont de la plus haute importance. Dans la mélancolie, la dépression et la douleur morale s'installent d'une façon aiguë à la suite d'un choc psychique. Dans la démence précoce, comme nous l'avons vu en étudiant la neurasthénie, on ne trouve pas toujours de causes morales et les troubles psychiques (amour contrarié, chagrins, jalousie) sont plutôt des effets que des causes de maladie (Daraszkiewicz, Christian). La *discontinuité* des troubles affectifs est le caractère le plus important de la mélancolie symptomatique de la démence précoce. Dans la *mélancolie*, la douleur morale tend à progresser ou à s'améliorer dans les cas bénins. Elle évolue sans solution de continuité. Dans la *démence précoce*, la dépression la plus profonde est interrompue par des réactions morbides non adéquates à l'état de tristesse et d'abattement. Parmi ces réactions il faut signaler les *impulsions*, les *grimaces*, les *colères violentes*, le *sourire* et le *rire sans motif*. Ce dernier symptôme, d'une importance capitale, met en évidence l'absence de concordance entre les réactions mimiques et l'attitude douloureuse du malade.

Les explosions de rire brèves peuvent passer inaperçues, de même les grimaces et les tics. La surveillance prolongée est alors absolument nécessaire.

CONCEPTIONS DÉLIRANTES. — Les premières idées délirantes sont *les idées hypocondriaques, les idées de transformation et les idées de négation*. Elles sont en rapport avec des troubles cénesthésiques profonds et visent à la fois le corps et l'esprit.

Ziehen insiste sur la prédominance des idées hypocondriaques d'origine sexuelle. Dans les formes mélancoliques, la nutrition générale est plus compromise que dans la neurasthénie, d'où un état cénesthésique plus pénible et un délire hypocondiaque plus riche.

Les *idées de transformation corporelle* sont extrêmement fréquentes. Les idées de possession corporelle (délire métabolique) aboutissant des idées de transformation, représentent le plus haut degré des troubles cénesthésiques. Kraepelin considère les idées de possession comme un symptôme de catatonie, même en l'absence d'affaiblissement intellectuel. La rapidité avec laquelle s'installent et disparaissent ces idées pathologiques est un de leurs caractères essentiels. Dans la mélancolie elles ont une évolution lente, sourde et tenace. L'idée morbide apparait comme un corps étranger hors de la personnalité et « peu à peu, écrit M. Ribot (1) par accoutumance, elle y fait sa place, en devient partie intégrante, en change la constitution et si elle est de nature envahissante la transforme en entier ».

Il y a donc une invasion progressive du champ de la conscience par le sentiment de transformation et « toutes les faibles ressources de l'esprit sont employées secondairement à justifier et à renforcer ce sentiment » (Masselon). Chez les déments précoces, les idées de transformation changent à chaque instant, se succédent sans ordre ; les malades cherchent rarement à les justifier spontanément et quand ils les expliquent les arguments qu'ils donnent sont toujours absurdes. Un autre fait particulier à ces idées de transformation symptomatiques de la démence précoce, c'est l'*absence absolue du sentiment d'effroi et d'épouvante* qui les accompagne chez les mélancoliques. Ce sentiment ne se trouve pas chez les déments précoces même pendant les périodes de lucidité si fréquentes à cette période.

(1) RIBOT. — *Maladies de la personnalité*, page 61.

Idées de négation. Les idées de négation annoncent la fragmentation de la personnalité physique et intellectuelle. Elles sont secondaires aux troubles cénésthésiques et aux premières lésions de la synthèse mentale. Ces idées pathologiques concordent bien avec la *tendance à nier* spéciale des déments précoces. Il existe chez eux toutes les variétés de la « folie des négations » depuis l'entêtement simple, puéril et opiniâtre de la période prodromique jusqu'au négatisme démentiel « automatique, universel, sans justification, sans délire, sans douleur » (Séglas) pathognomonique de la démence précoce. Les idées de négation complètent ce syndrôme. Elles sont indépendantes du degré de la dépression morale, on les trouve même dans les états neurasthéniques légers. Une malade de Ville-Evrard citée dans la thèse de Monod (1), écrivait au début de son affection. « Je ne vois plus que des ombres ; ma famille, le monde n'existent plus ».

Comme les idées de négation qui surviennent dans les formes mélancoliques de la paralysie générale, elles sont *asystématiques et épisodiques*. Elles annoncent la démence et disparaissent avec la dissolution complète de la personnalité. C'est en effet par des négations partielles que les déments précoces mélancoliques arrivent à la négation totale de leur moi organique et psychique. Lorsque la faillite psychique n'est pas considérable, les idées de négation peuvent se fixer et persister jusqu'à une période avancée. M. Rogues de Fursac (2) cite des cas de syndrome de Cotard.

Les autres conceptions délirantes présentent *toutes les nuances des délires tristes* : idées de culpabilité, de ruine, etc. Comme les idées de négation et de transformation, elles ont des épisodes aigus au cours de l'évolution du processus morbide et disparaissent sous l'effondrement psychique à la suite de l'effacement des images mentales et des éléments affectifs aux dépens desquels elles s'étaient constituées. Ces idées ne constituent jamais un système délirant de *tristesse pure* rattaché intime-

(1) Monod.— *Formes frustes de la démence précoce*. Thèse de Paris, 1905.

(2) Rogues de Fursac. — *Précis de Psychiatrie*.

ment à la douleur morale comme dans la mélancolie. Des idées étrangères aux états dépressifs s'insinuent parmi les idées tristes ; ce sont particulièrement des *idées de grandeur et de persécution*.

Cotard a signalé de vraies idées de grandeur dans la mélancolie, elles ont surtout trait au passé, à l'ancienne personnalité du malade, c'est un délire rétrospectif.

Dans la démence précoce, *les idées de grandeur* sont niaises et puériles et portent sur la personnalité actuelle. Mais, fait particulier à ces idées de grandeur des déments précoces : elles ne s'accompagnent pas de cet état de cénesthésie agréable, d'euphorie béate, de satisfaction et de ce besoin de générosité, qu'on trouve chez les paralytiques généraux. *Les déments précoces ne font pas de délire d'altruisme*. Ils gardent, au milieu de leurs richesses et de leurs titres de prince, roi, financiers, un facies passif, indifférent (souvent pâle), dépourvu d'émotion et un état de cénesthésie pénible.

Les idées de persécution existent également dans la mélancolie, mais leur tonalité n'est pas la même que dans la démence précoce. Ce sont le plus souvent *des idées d'expiation* que les malades acceptent sans réagir. D'autres fois, ils cherchent à s'expliquer et surtout à s'excuser. Ziehen dit qu'on peut appliquer à ces malades, le proverbe suivant : « *qui s'excuse, s'accuse* ». Par contre les déments précoces *s'excusent pour se défendre*. Au début de la mélancolie on peut rencontrer des *idées de défense*, mais celles-ci sont éphémères et font vite place à la résignation. Dans la démence précoce, l'humilité et la résignation sont des états transitoires et le malade passe facilement de la défense à l'accusation. Chez les mélancoliques les idées de persécution et les idées d'expiation renforcent le système du délire mélancolique. *Chez les déments précoces, elles tendent à désagréger les idées existantes et à reconstituer un système nouveau qui accapare toute la personnalité ou qui est remplacé lui-même par d'autres idées délirantes appelées à disparaître avec les progrès de la démence*.

Hallucinations. Pour Ziehen, les hallucinations n'ont aucune valeur diagnostique. Pourtant leur étude m'a

permis de distinguer certains caractères. Elles peuvent manquer dans les deux affections, mais plus rarement dans la démence précoce (forme simple de M. Sérieux). Le plus souvent elles sont nombreuses et variables ; les hallucinations cénésthésiques, tactiles et auditives sont les premières en date et les plus fréquentes. Pour Weygandt, les hallucinations génitales dominent la scène dans l'hébéphrénie. Il faut apporter beaucoup de soins dans leur recherche et analyser minutieusement le moindre trouble accusé par les malades. Il est souvent difficile sinon impossible de les distinguer des interprétations délirantes. *Les hallucinations sensorielles des déments précoces sont plus accentuées et moins éphémères que celles des mélancoliques.* Très souvent on remarque des associations hallucinatoires diverses concernant au même moment la même personne. Ainsi, un de mes malades *sent*, *voit* et *entend* simultanément la même personne.

Les illusions s'amalgament aux phénomènes précédents et les perceptions s'altèrent comme dans un rêve. Les malades ne reconnaissent pas leurs parents leurs proches, leur médecin. La multiplicité, la fréquence et la persistance de tous ces troubles sensoriels et leur combinaison avec les troubles cénesthésiques (idées de transformation, idées de négation etc.) constituent un véritable *syndrôme cénesthésio-sensoriel* qui masque à la phase initiale le déficit intellectuel. Les altérations de la personnalité des déments précoces sont dues particulièrement aux troubles des perceptions sensorielles et cénesthésiques.*La conscience est donc atteinte dès le début dans sa source même, d'où l'effrondrement rapide de l'édifice psychique.*

Réactions morbides. — Tous les actes et toutes les réactions de ces malades portent l'empreinte de l'état mental démentiel. Les *tentatives de suicide* marquent souvent le début de la démence précoce comme l'a signalé Ziehen. Je les ai observées très fréquemment. Le plus souvent on trouve qu'elles *n'ont pas de motif et ne sont accompagnées d'aucun sentiment de désespoir. Le refus d'aliments* (négativisme démentiel) les *auto-mutilations*,

les *fugues* (Deny et Roy, Ducosté) et tous les autres signes avant-coureurs de la démence précoce (1) particulièrement les *impulsions*, les *colères pâles* et *le rire* doivent être pris en considération. *La négligence de la tenue et la malpropreté extrême* peuvent aider à faire le diagnostic. On peut même ajouter que les *déments précoces sont les plus sales de tous les aliénés*.

L'attitude du malade, l'affaissement et son expression de tristesse ne sont d'aucune importance. Les stéréotypies précoces peuvent être confondues avec les mouvements monotones (décharges de la douleur) que l'on trouve dans la mélancolie anxieuse. Parmi les signes secondaires, il faut signaler le *clignement des paupières* (Ziehen) ; les *crises d'hypersécrétion sudorale* (Ziehen, Trömner) *la sialorrhée* (Trömner). J'ai constaté fréquemment les crises d'hypersécrétion sudorale. Quant à la sialorrhée, je l'ai rencontrée à la fois dans la l'hébéphrénie et dans la mélancolie anxieuse. Le dermographisme et les troubles des réflexes n'aident pas toujours à faire le diagnostic de démence précoce.

Trömner et Dunton insistent sur l'hyperexcitabilité mécanique du nerf facial,ce symptôme nous a paru assez fréquent dans les états toxiques aigus (agitation, stupeur etc).

Quant à la stupeur de la démence précoce et son diagnostic d'avec celle des lypémaniaques, nous n'avons pas à nous en occuper ici. Elle a été l'objet de nombreux travaux de la part des auteurs remarquables : Delasiauve, Kahlbaum, Kræpelin, Séglas, Dunton, Claus Ziehen, Deroubaix, Masselon, etc.

M. Régis, dans son excellent Précis de Psychiatrie (1906), fait une étude parallèle et comparative d'un catatonique et d'un mélancolique, tous deux en état de stupeur. L'auteur met en évidence avec beaucoup de finesse clinique *une série de nuances* spéciales à la démence précoce.

OBSERVATION I. Due à l'obligeance de MM. Lwoff et Benon. —

(1) *Loc cit*, p. 277.

Résumé : *Anxiété extrême. Prédominance des idées hypocondriaques et de négation. Apathie. Aboulie. Déficit intellectuel.*

Il s'agit d'une malade âgée de 21 ans, entrée à Maison-Blanche au mois de février 1905.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'accident, mère bien portante.

Antécédents personnels. — Jamais malade avant cette époque. Aucune maladie infectieuse. A eu un enfant à 19 ans.

Début. — Les premières manifestations deviennent évidentes au mois de décembre 1904 (à 20 ans). Ce sont de nombreuses idées hypocondriaques. A cette époque, elle était en relation avec une jeune fille morte de la tuberculose. Elle n'a jamais craché le sang ni toussé. Elle se plaignait d'étouffer et d'avoir une douleur au niveau de la poitrine. Ces symptômes augmentent en janvier, elle dit à tout le monde qu'elle est poitrinaire et qu'elle va mourir. La mort de son amie l'avait beaucoup impressionnée. Elle se réveillait au milieu de la nuit en disant : « Je vais mourir ». « Je suis perdue ». *Elle ne voulait plus sortir*, restait des journées entières enfermée.

Malgré ses idées morbides, son état général se maintenait. Elle mangeait bien. Pas de céphalée. Aucun trouble digestif. De temps à autre, dit-elle, elle présentait des palpitations en montant les escaliers. Elle consulte un médecin qui la traite pour l'anémie. Son état ne s'améliore pas. Elle en voit un autre, qui lui donne des fortifiants. Finalement, elle consulte M. le Dr Charpentier. Le certificat de ce médecin constate qu'elle est atteinte de « Mélancolie anxieuse avec idées pénibles et hypocondriaques variées. Insomnie ». M. le Dr Magnan signe le certificat suivant : Dépression mélancolique avec préoccupations hypocondriaques, découragement. Insomnie. »

Elle entre au mois de février 1905 dans le service de M. Lwoff. Ce qui frappe tout d'abord à l'examen de la malade c'est son état *d'anxiété profonde.* Elle se plaint de ne pas avoir de force dans les côtés et au creux de l'estomac. Ce qu'elle mange ne lui profite pas. Elle sent qu'elle maigrit. Elle croit avoir perdu environ 10 livres. Elle dit qu'elle est gênée pour respirer. « Je ne peux pas respirer jusqu'au fond ». Elle sent tout un vide dans l'estomac quand elle respire. « Je sens bien que je ne respire pas comme avant ». La nuit, elle dort mal « parce qu'elle n'a pas de force dans l'estomac ». Elle s'inquiète de son état et elle sent « que tous les jours elle est plus mal ». Chaque matin à la visite, elle formule les mêmes lamentations. « Elle ne sent plus, elle a la peau jaune ». Elle supplie de prévenir sa mère de sa mort prochaine. Les yeux en larmes elle insiste pour qu'on aille la chercher de suite. « Je vais mourir, je n'ai plus rien, je sens que c'est

fini ». A cela s'ajoute un état d'asthénie complète. Elle ne peut plus se tenir debout, ses jambes n'ont plus de force pas plus d'ailleurs que « ses côtés ».

Elle dit toujours, qu'elle a un trou dans l'estomac. Si on examine cet organe, elle abandonne l'idée émise pour en exprimer une autre. « elle a les pieds glacés » etc. Elle pleure beaucoup et elle conserve une attitude triste penchée ; elle a les mains sur son estomac. L'état général reste bon. La malade ne maigrit pas. Elle mange et dort bien. Pas d'idées de suicide.

Le 15 mars 1905, on a dû l'isoler parce qu'au milieu de la nuit précédente, elle a réveillé la plupart des malades pour leur dire qu'elle allait mourir. Elle réclamait sa mère « sa fin est proche », « Je suis la première jeune fille qui mourra sans revoir sa mère ». Cet état d'agitation anxieuse dure quelques jours. Elle frappe les vitres de sa chambre, supplient ceux qui la regardent de rester là pour qu'elle ne meure pas seule. Elle répète tout le temps. « Je suis à moitié morte, c'est fini ».

Le 18 mars. Elle resta cachée dans le bureau de la sous-surveillante. » Ensuite, elle a cassé une chaîne qu'elle a jetée dans les cabinets. Elle a cassé un carreau pour aller voir sa mère qui est malade. Toute la nuit des lamentations. Elle sort de son lit pour aller se coucher dans le lit d'une autre malade sous prétexte « de se réchauffer ».

31 mars. Négativisme. 4 avril. Tentative d'évasion. Légère excitation. Elle se cache dans les placards « pour s'en aller ». Les troubles cénesthésiques sont profonds, elle a de nombreuses *idées de négation*.

Tout son corps est mort, elle demande « de la faire ressusciter » elle n'a plus de cervelle « faites-moi revenir ma cervelle qui est vide, ma tête est toute verte ». « Je meurs, je ne souffre pas, puisque tout cela est mort » Elle garde longtemps la main droite appliquée sur la poitrine.

Les idées de négation dominent pendant longtemps la scène. Elle est toujours morte, *raide*. le corps est mort, elle ne peut plus rien » ; sa poitrine est jaune etc. Plusieurs tentatives d'évasion. Les troubles cénesthésiques et ces phénomènes délirants se dissipent progressivement. *Au mois de septembre* la malade ne parle plus de ses idées hypocondriaques, n'est plus anxieuse, ne cherche plus à s'évader, elle reste toute la journée assise, apathique, aboulique, ne s'occupant et ne s'intéressant à rien.

Sa tenue est négligée. Elle a beaucoup maigri. L'examen de l'intelligence permet de constater un déficit appréciable. Elle est complètement désorientée. Elle ne sait pas où elle est, elle ne se rend pas compte qu'elle a des aliénées autour d'elle. Les troubles délirants n'ont laissé aucun souvenir dans son esprit, elle reste

comme obnubilée et inconsciente de son état. Elle répond par monosyllabes. Son intelligence est paresseuse. Rien ne l'impressionne, elle est complètement apathique.

Aucun travail ne l'attire, elle ne paraît avoir aucun désir, elle ne se préoccupe plus de sa sortie, *elle ne s'ennuie plus*. L'indifférence, l'apathie, l'aboulie, l'asthénie et le déficit intellectuel se maintiennent et justifient le diagnostic de démence précoce posé par M. le Dr Lwoff.

OBSERVATION II. (Personnelle). — *Résumé. Troubles cénesthésiques variables. idées de culpabilité associées aux idées de grandeur et de persécution.*

M. M..., âgé de 26 ans, est entré à la Maison de santé de Ville-Evrard en févrièr 1899.

Antécédents héréditaires. — Grand-père mort aliéné.

Antécédents personnels. — Bonne santé dans le jeune âge. Au régiment, une congestion pulmonaire double.

Début. —Le premiers troubles paraissent en 1894, à l'âge de 22 ans. Ce sont des phénomènes vagues de fatigue et d'apathie. Le malade est incapable de faire un effort ou de s'appliquer à un travail sérieux. Il a cherché à faire du théâtre. Sa mémoire était prodigieuse. Les sentiments affectifs vis-à-vis de sa famille s'affaiblissent. Par moments, il a des accès de violence. Dans le milieu où il vivait, il passait pour un original à cause de ses extravagances. Progressivement son apathie s'accentue. A cette dépression croissante s'ajoutent des conceptions délirantes mélancoliques. Il est très conscient de son état et demande lui-même à être soigné dans un asile. Il entre à Sainte-Anne. Le certificat médical (Dr Dubuisson) relate l'état mental suivant :Etat de mélancolie anxieuse ; idées de culpabilité, impulsions, incohérence dans les idées et dans les actes, mélange d'idées de persécution et de grandeur. Hallucinations nombreuses, troubles cénesthésiques profonds, il s'imagine être hynotisé et magnétisé par son entourage. En effet, les troubles cénesthésiques semblent dominer la scène. Son esprit se déplace et son corps reste à Sainte-Anne. Il a la sensation d'être souvent piqué à la fesse. Il a de nombreuses impulsions, des crises d'agitation dangereuses mais de courte durée, elles sont suivies de période de calme. Il demande lui-même à être mis en cellule et qu'on lui mette la camisole de force.

Il passe 3 ans à Sainte-Anne, son affection s'aggravait de plus en plus. Il est toujours déprimé et conserve les mêmes idées délirantes. Il a de nombreux moments de lucidité pendant lesquels il apprend des tragédies par cœur (théâtre de V. Hugo) qu'il

récite à voix haute. Des tics agitent sa face, particulièrement un clignement des paupières. *Rires explosifs au réveil.*

A son entrée à la Maison de santé de Ville-Evrard, en 1896. il se trouve dans le même état de mélancolie. Il demande à aller en cellule car il est le *grand coupable* ; il a tous les vices, c'est un voleur, il a pris tous les sous qu'il a pu, il mérite d'être enfermé pendant 5 ans.

Il reste des heures entières immobile à fixer le soleil, pour s'étourdir et pour ne pas voir ce qui se passe en lui et en dehors de lui. Il est *d'un peuple conquérant*, il faut qu'il satisfasse tous ses instincts. Une voix lui dit qu'il est un « homme de génie ». Tous les directeurs de théâtre le persécutent. Il refuse de manger parce qu'il n'a pas gagné sa vie ; il refuse de même toutes les douceurs que sa mère lui apporte. Nombreuses interprétations délirantes. Hallucinations de l'ouïe et de la vue. Il voit à travers les carreaux des enfants qui passent et il distingue la tête de tous ceux qu'il connait.

Il est toujours magnétisé, on lui envoie des courants à distance. Il demande souvent d'aller en cellule, il ne mérite pas de vivre au milieu des autres. Il s'excite facilement. Impulsions dangereuses. Attitude préoccupée et triste.

Instants lucides, où il lit beaucoup, mais presque toujours le *même livre*. Parfois besoin de mouvement, il marche beaucoup, il fait plusieurs fois le tour du jardin, *dans le même sens* ; il fait souvent des sauts ou il s'étend par terre. Explosions de rires fréquentes. Quand il cause, il s'anime, toute sa figure se contracte nombreux spasmes de la face.

Réflexe conjonctival normal, mydriase, pas d'Argyll ; réflexe rotulien et des poignets normaux ; réflexe crémastérien aboli ; réflexe plantaire, normal à droite, aboli à gauche ; réflexes massétérins normaux ; pas de dermographisme ; pas de clonus ; réflexe abdominal normal à droite, aboli à gauche, sensibilité à la douleur normale.

OBSERVATION III — (Th. *Ziehen* : Die differential Diagnose der Melancholie und der Dementia hœbephrenica namentlich bei Soldaten. *Sonderabdruk aus der Leuthold Gedenkschrifft. II Band*) Résumé. *Idées d'auto-accusation et d'expiation. Idées de grandeur. Nombreuses hallucinations. Anxiété extrême.*

Il s'agit d'un malade âgé de 24 ans, de profession employé d'assurance et célibataire. Le père alcoolique s'est suicidé. Croissance normale. Depuis longtemps des troubles neurasthéniques. Un mois avant l'internement, première manifestation de la psychose actuelle. Il affirme que ses camarades cherchent à le tromper et que l'empereur a parlé de lui.

A son entrée, le malade n'est pas du tout désorienté. Il parle bas et d'une façon interrompue ; 3-4 mots s'associent bien et puis il s'arrête : il répète quelques mots trois ou quatre fois de suite. Les manifestations caractéristiques de son état mental résident dans les phrases suivantes :

« On est venu me chercher, parce que je suis malade et parce qu'on a répandu le bruit que je menais une mauvaise vie. J'ai mis du temps pour m'en apercevoir que j'avais tort. J'avais tout mal compris. Ma vie est manquée. Le jugement dernier approche. Je dois subir ma punition ; je dois expier ce que je n'ai pas bien fait

D. Quels sont ces choses ?

R. J'ai pratiqué l'onanisme et j'étais mécontent au travail. J'étais aussi négligent parce que j'étais faible pour bien juger ; je dois aller chez le médecin pour savoir si je vais être sauvé ou si je vais mourir. Je suis perdu et c'est une punition pour moi de languir et d'endurer une si forte douleur.

D. Quel âge avez-vous ? R. Je ne peux pas le dire.

D. Pourquoi ? R. Parce que c'est le jugement dernier, une voix douce me l'a dit, d'autres voix se rapportent aussi à maladie, je l'ai entendue de mes propres oreilles. mes pensées sont répétées notamment toute la journée et même si haut que tout le monde peut les entendre.

J'ai perdu mon nom, je suis dans un vrai enfer, je sais, je dois expier tout ce que j'ai fait, j'avais tout à l'heure un trouble de la pensée, je sais, que ce que je viens de dire ne partait pas du cœur, ma conscience est chargée (le malade avait des idées de suicide avant son entrée, il n'en a plus). On m'a empêché, et mon jour de mort est passé : ma punition sera au jugement dernier ; l'enfer.

Examen de l'intelligence par une série de chiffres.

Je ne veux pas répéter, je vais écrire d'après mon cœur, je ne pense pas aux chiffres, et je n'aime pas les écrire, parce que je veux écrire spontanément, je sais que je ne suis plus bon pour le monde, je suis condamné à mort, je suis damné pour toujours, je voudrais revenir à Dieu.

D. — Comment s'appelle votre père ? — R. — Mon père était le bon Dieu — ma mère est morte folle.

Après plusieurs questions, il donne enfin le vrai nom de son père. Il déchire sa chemise et dit : « Je ne suis pas digne de la porter, je dois mourir » Il montre sa main gauche « Cette main est lourde comme du plomb, cela doit être une punition, le diable me tourmente, cette main me fait mal ». Il refuse de s'alimenter, parce qu'il ne mérite pas et parce que cela ne lui appartient pas, il est damné pour toujours, il est temps qu'il meure, les oiseaux crient, on attend sa mort. L'empereur a pitié de lui, de même tout Berlin et toute l'Allemagne, c'est une voix intérieure qui le

lui dit : Tout le monde sera heureux quand il sera mort. Pendant son séjour à la clinique, il reste dans un état de dépression profonde avec accès d'angoisses intenses.

Obs IV.— (Personnelle).— Résumé : *Etat mélancolique avec idées d'auto-accusation et de grandeur passagères. Prédominance des troubles cénesthésiques et des idées de persécution. Démence paranoïde se transformant en quelques mois en démence catatonique.*

M. X...., étudiant en médecine, âgé de 30 ans. Début à 18 ans par une longue période prodromique caractérisée par de la dépression morale. Progressivement s'affirment divers phénomènes psychasthéniques : fatigue psychique ; sentiment d'incomplétude ; nombreuses obsessions et phobies ; idées hypocondriaques. Il croyait avoir toutes les maladies et redoutait les microbes. Lorsqu'il recevait une lettre de la part de ses amis médecins, il prenait de nombreuses précautions antiseptiques. Cette phobie fut la source des premières idées de persécution qui précédèrent de quelques années l'internement.

Les interprétations délirantes, les hallucinations, les troubles cénesthésiques, la dépression morale avec des crises d'anxiété, ouvrent la scène morbide de la période initiale. Il est obsédé par des idées d'empoisonnement. Il a des battements de cœur et des accès de suffocation, des bourdonnements d'oreille qu'il considère comme des troubles d'empoisonnement par le CO.

Il fait plusieurs tentatives de suicide. Au mois de février 1899, il est interné à Sainte-Anne et le 5 avril de la même année, il entre à la maison de santé de Ville-Evrard. Il est déprimé et triste ; il pleure souvent. Il est très conscient de son état « Je suis perdu, je vais mourir, je sens que je deviens fou ». Par moments, il a de véritables *crises d'angoisse* accompagnées de phénomènes d'oppression et de battements de cœur.

Il a une céphalée violente et dit avoir *la tête en feu* et que *son cerveau tourne de l'axe du crâne*. Il ne veut pas expliquer la cause de sa tristesse et dit avoir un gros chagrin depuis trois ans

Ces idées de grandeur, comme les idées de culpabilité et d'expiation tendent à s'effacer de plus en plus. Ces dernières apparaissent encore dans les moments d'angoisse, mais à mesure que la maladie progresse, les troubles cénesthésiques et les idées de persécution tendent à occuper le premier plan.

Il sent continuellement des coups de couteaux qu'on lui enfonce dans le corps et du matin au soir son corps *engraisse et maigrit alternativement*. Il reste immobile sur une chaise longue des heures entières. Il est sobre de gestes et de paroles.

Ces phases de dépression sont interrompues brusquement par

des impulsions violentes. Il s'est jeté plusieurs fois sur un infirmier pour l'étrangler. D'autres fois, ce sont des explosions de rires brèves ou de *véritables crises de « fou rire »* durant environ une demi-heure et finissant par des crises de larmes, qui viennent interrompre la dépression. Dans ses écrits on remarque de *nombreux néologismes.* « Les tortures ne cessent pas, puisque c'était la condamnation du système astral, la rotation *cataléтique* etc. Il y a impossibilité de communication par *distalité* d'expression et illusions sensorielles, etc. Parfois les phases de dépression alternent avec des phases d'excitation de courte durée. Le malade marche alors beaucoup, fait le tour du jardin, du matin au soir, *dans le même sens.* Cette agitation est quelquefois muette, caractérisée uniquement par une *richesse* de gestes et de mouvements. D'autres fois il répète à haute voix pendant 10 heures de suite, la même phrase : « la ruine, la ruine ou la république », etc.

26 *Juin* 1899. *Attaques hystériformes de* 7, 8, *minutes*. Pas de troubles consécutifs.

Août. Il reste inerte des journées entières.

Septembre. Rires et colères. On l'hypnotise. Il se couche sur le parquet dans ses couvertures.

Octobre. Impulsions. Il escalade la grille, puis, phase de tristesse et d'immobilité. Idées de suicide. Négativisme.

Novembre. Nouvelle tentative d'évasion. Il demande qu'on le tue. « Il se sent mourir. »

Janvier 1900. Il demande du poison pour mourir. Malpropreté Négativisme.

Février 1900. Stupeur. Catatonie. Cet état alterne depuis 6 ans avec des phases de demi-stupeur et d'immobilité. Le malade a présenté fréquemment des troubles trophiques. Actuellement, il est dans la demi-stupeur.

« Je suis tombé neurasthénique comme une feuille morte. personne ne veut le croire ». Il a de nombreux scrupules. Il craint d'avoir dit des choses désagréables. « Je demande pardon des lamentables grossièretés auxquelles m'a poussé l'exaspération la plus légitime. » Il s'accuse d'avoir fait du mal à ses amis et à sa famille, mais à mesure qu'il cause le ton de sa voix change et passe rapidement de l'humilité et de l'auto-accusation à l'accusation pure.

« Depuis dix mois on me congestionne. On m'a fait avaler tous les poisons et tous les bacilles, sans que mon expérience ai répondu autrement que par le sourire. On m'a placé ici sous le coup d'accusation infamante d'espionnage, etc. Un sinistre gredin, M. H. a profité de mon internement pour m'accuser d'être un espion, de vouloir tuer mon frère, mes amis, les gens, d'avoir négligé mon service, d'être un anarchiste, de conspirer contre le gouvernement.

Les hallucinations sont nombreuses et portent sur tous les sens. Quelques voix lui souhaitent ironiquement « bonne nuit » Ma mère est morte, entre elle et moi en lettres de fer T V E L E existe une voix épouvantable qui tourne dans un espace d'astres, les mots : « *Tu as fait du mal, tu seras puni.* » Je me sens quelque fois obligé de répéter ces mots très rapidement ».

On me fait du mal jour et nuit, minute par minute, je crois pouvoir dire sans faire fausse route que ma pauvre cervelle si obstruée par les poisons maçonniques, ne *fut pas sans quelque valeur.* »

« J'accuse au moins vingt chefs maçons d'avoir essayé par haine atroce de tuer deux fois mon père et d'avoir essayé de le ruiner ».

De temps en temps il manifeste quelques idées de grandeur. « La franc-maçonnerie a pour but de tuer mon génie, soit par l'assassinat, soit par le trauma des sensibilités contrariées. Mon internement amènera le malheur universel. Depuis dix mois on *insulte en moi, l'art, la science et l'imagination créatrice* ».

PSYCHOLOGIE

Sur la symétrie bilatérale du corps et sur l'indépendance fonctionnelle des hémisphères cérébraux. (1)

(A PROPOS D'UN LIVRE RÉCENT).

(*Suite*).

Par CH. BONNE,
Médecin-adjoint à l'asile de Braqueville.

II. — VALEUR PSYCHOLOGIQUE

A l'état normal « la coordination entre les deux activités est complète, ces deux activités n'apparaissent plus distinctes et nous avons le seulement de notre unité » (p. 25). Mais plusieurs catégories de faits anormaux peuvent mettre en évidence l'indépendance des co-êtres, « soit que l'anomalie soit durable, comme il advient dans les maladies mentales, soit qu'elle n'aît qu'une durée pas-

(1) Voir le numéro de mars, p. 177.

sagère comme dans les cas d'hypnose » (p. 26). C'est donc à la simple analyse de quelques observations de troubles de la personnalité que l'Auteur va demander la confirmation du duplicisme, après quoi il n'aura « plus de preuve directe à apporter » (p. 49). Pourtant, toutes les observations qu'il cite sans même s'être reporté aux documents originaux ont été déjà maintes fois données comme arguments en faveur de l'indépendance des deux hémisphères dans des théories qui, au point de vue spécial envisagé dans ce chapitre, ne diffèrent en rien de celle de l'Auteur. De plus il a été démontré à plusieurs reprises, soit pour certaines observations en particulier (Séglas, 1903 ; Janet etc.), soit d'une façon générale dans de nombreux travaux psychiatriques récents que ces observations ne prouvaient rien en faveur de la théorie pour laquelle on les citait. N'importe : l'auteur délaisse toutes ces objections ou plutôt néglige de parti pris la conception moderne qui a remplacé la théorie qu'il présente en la donnant comme sienne ; il se targue de quelques concessions faites par des représentants de la doctrine classique et qui aujourd'hui ne sont plus admissibles (Ribot, 1884) pour les raisons données dans le chapitre précédent. Nous allons examiner les interprétations qu'il propose après tant d'autres (Dumontpallier, Bérillon, Magnin, Magnan, Luys, Ball, Myers etc.) (A), avant de passer aux attributs des coêtres (B), puis à leur fonctionnement et à la formation du moi (C).

A. Arguments tirés de la psycho-pathologie.

On sait depuis longtemps quelles sont les conditions psychologiques des troubles de synthèse mentale observés à l'état normal ou pathologique, par exemple chez certains dégénérés, les hystériques, les spirites, au cours de l'hypnose, troubles qui, de la simple impression non connue sur le moment, ou des modifications passagères de la cœnesthésie et du caractère, vont jusqu'aux altérations profondes et persistantes de la personnalité. Les travaux de Ribot, Pierre Janet, A. Binet, Pitres et d'un grand nombre de psychiatres contemporains ont rattaché ces faits à d'autres plus simples et déjà connus, de manière à en élucider parfaitement le mécanisme, et à créer pour leur

étude une nomenclature aujourd'hui bien arrêtée et absolument justifiée.

La condition principale qui fait qu'une sensation se lie ou est capable d'être rattachée par la mémoire à la masse de celles qui l'ont précédée depuis un certain temps,est la persistance du fond cœnesthésique, ou, en d'autres termes, de l'état affectif, des sensations internes : et de l'état des organes sensitivo-sensoriels : si la cœnesthésie s'est profondément modifiée, si de vastes anesthésies tactiles sont survenues depuis peu, les sensations nouvelles venues pourront ultérieurement s'évoquer réciproquement : elles auront constitué une nouvelle série ; mais cette série restera indéfiniment indépendante de la première : le lien de chaque série ou état de conscience est représenté par le sentiment que le sujet a de son identité personnelle depuis le début de la série présente. Celle-ci peut prendre fin et céder la place,ou à une nouvelle série,ou et plus souvent, à la série antérieurement commencée.La cause de ce changement, quelquefois spontané en apparence, réside dans le retour brusque des principales conditions organiques et psychiques de l'état rappelé : modification de la cœnesthésie,de la sensibilité cutanée ou sensorielle, survenance d'une sensation forte et à teinte affective accusée, ou bien banale en soi mais solidement et exclusivement associée dans l'esprit du sujet à un état de conscience donné.

On dit avec raison que dans tous ces cas il y a des *consciences*, voire même des *personnalités successives* : quoique chaque état comprenne nécessairement beaucoup d'éléments communs à tous, il ignore le plus souvent ces autres états ; lorsqu'il les connaît, c'est ordinairement indirectement et sous l'aspect d'une personnalité étrangère. D'autres fois, par exemple dans la suggestion sous hypnose, on voit une sensation fortement affective, riche en associations de toutes sortes, survivre à l'état de conscience au cours duquel elle a été reçue et se prolonger dans l'état suivant, dans la veille : elle est alors active mais agit sans être distinguée, ni même connue : les associations qui la représentent se mêlent ou s'adjoignent à la plupart de celles de l'état de veille, et,sans que le sujet s'en rende compte, elle influe puissamment sur sa conduite et ses actes : un tel processus est dit *subconscient* et se rapproche naturellement des « perceptions incomplètes » de Leibniz, c'est-à-dire de toutes les sensations restées au-dessous du seuil de la conscience mais capables de le franchir sous l'action de leur sommation ou d'une cause étrangère. Celle-ci est le plus souvent la création de « l'état fort » au cours duquel les sensations en question ont été reçues: ce mécanisme est d'observation courante dans la vie psychique normale : un ébranlement non perçu, à peine senti au cours d'une préoccupation, crée cependant un état sous-jacent qui survit au pre-

mier et dont la cause n'est souvent connue que tardivement et indirectement ; ou bien, sous l'influence d'une impulsion à peine consciente ou inconsciente survenue au cours d'un état d'attention profonde, un acte est commencé ou même parachevé avant que son motif, inconnu ou oublié, ne soit cherché puis trouvé.

Ces exemples forment transition avec les faits également classiques que l'on désigne sous la rubrique de cas de *double conscience simultanée*, et qui, comme les précédents, ont leurs degrés inférieurs représentés dans la vie normale : l'artiste qui, en peignant, cause avec son modèle, l'orateur qui se critique en parlant, l'hôte qui compte les coups de chaque heure en écoutant son interlocuteur, n'ont pas deux consciences, mais deux séries d'associations, séries dont, le plus souvent, l'une est réglée d'avance. Chez les sujets à synthèse mentale insuffisante ou sujette à se restreindre, chaque groupe pourra devenir indépendant de l'autre, et alors, ou bien être connu du sujet alternativement avec cet autre, ou bien ne pas l'être du tout, sortir définitivement du domaine de la conscience, mais pourtant se manifester à l'extérieur non seulement par des actes réflexes tels que la mimique, ou par des actes appris et coordonnés depuis longtemps, mais par des actes complexes et d'une exécution longue, conjointement, cela va sans dire, pourvu que les manifestations motrices puissent coïncider, avec ceux de l'état conscient.

Ce cas conduit au groupe très important des associations entre états ou syndromes organiques et états de conscience. Dans tous les cas de synthèse mentale défectueuse il peut y avoir groupement exclusif de représentations organiques et, de plus, association durable de ces groupements soit entre eux, soit avec une série donnée d'états de conscience, c'est-à-dire une personnalité. Ainsi, le sujet associe la représentation des mouvements de la moitié gauche de son corps ou de son bras gauche avec celle de la sensibilité ou de l'ensemble des sensations du côté gauche ou du bras gauche. Dans les cas précédemment envisagés, il avait formé des groupements de représentations de mouvements ou de sensations, considérées dans le temps : maintenant les mouvements, sensations sont considérés et groupés d'après leurs rapports connus dans l'espace. La cause de ces groupements n'est pas complètement élucidée, ou plutôt, s'il est possible de les rattacher dans certains cas à des circonstances particulières, on n'a pas encore dégagé leur mécanisme géral : il est certain seulement que l'introspection joue un certain rôle dans ces associations et qu'elles sont le plus souvent de pures créations de l'esprit du sujet.

Une fois établi, ce groupement de représentations organiques peut s'associer, et le fait affectivement souvent et pour des causes multiples, avec une série synthétique d'états de conscience successifs, c'est-à-dire une personnalité bien distincte ou une modifi-

cation plus ou moins profonde du caractère et de la mémoire, avec persistance de quelques idées et souvenirs communs à plusieurs états. Plusieurs conjonctures sont alors possibles : si le groupement de représentations organiques est dominé par une idée inhibitrice, la série consciente jointe à ce groupement s'accompagnera de paralysie ou d'anesthésie, ou de l'une et de l'autre diversement réparties. Si le groupement organique ne contient pas d'élément inhibiteur, son entrée en scène se manifestera par des mouvements ou des contractures, des illusions et des hallucinations, les uns et les autres localisés.

Enfin, l'association de la personnalité avec le groupement de représentations organiques permet le rappel de l'un par l'autre : de la personnalité, par exemple, par l'anesthésie créée par le transfert ; ou bien, les modifications cœnesthésiques ou une sensation forte et remplissant certaines conditions ayant produit le retour apparemment spontané de la personnalité, les troubles organiques surviennent en même temps. L'exemple est aussi bien connu du rappel d'une série donnée d'états de conscience par la suggestion de l'incapacité fonctionnelle d'un organe, d'un groupe de muscles, ou des deux à la fois.

Qu'ils soient spontanés comme dans la catégorie des sujets tarés, dont les hystériques sont les mieux caractérisés, ou créés par l'hypnose, ces groupements ne sont jamais guidés par la topographie des divers centres intéressés dans toute l'étendue du névrax et principalement dans le cortex, mais uniquement par la représentation subjective des fonctions intéressées : en d'autres termes, ils sont, et de par leur seule topographie, d'origine manifestement psychique et non pas organique : le sujet associe, par exemple, les sensibilités tactiles du côté gauche aux sensibilités spécifiques de la narine gauche de la moitié gauche de la langue, à la vision par l'œil gauche et non pas à la vision dans la moitié gauche des champs visuels des deux yeux ; la motricité des deux membres gauches à la motricité volontaire et réflexes de la moitié gauche de la face. Les zones anesthésiques ou hyperesthésiques auront une topographie particulière, ni métamérique, ni radiculaire, etc., mais déterminée par la représentation régionale que le sujet a de son propre corps.

On connaît les différences de l'hémiplégie, de l'hémianesthésie organiques et de l'hémiplégie et surtout de l'hémianesthésie hystérique : rien ne met mieux en relief le rôle au premier abord si hypothétique des représentations fonctionnelles dans l'esprit du sujet : rien non plus ne montre mieux l'absence de toute corrélation entre les troubles organiques à localisation hémiplégique et la topographie des centres nerveux des fonctions compromises, la division anatomique du névraxe en deux moitiés symétriques. Le sujet ignore la localisation unilatérale des centres du lan-

gage. Aussi les troubles aphasiques de cette fonction ne font-ils pas partie des syndromes hystériques classiques, ou bien et de même que le mutisme, surviennent-ils dans des circonstances (coïncidence avec d'autres troubles) qui mettent elles-mêmes en évidence leur origine inorganique.

La représentation, l'idée que le sujet a de chaque fonction ne se borne pas à agir sur la topographie et le groupement des troubles organiques : on peut encore déceler son rôle dans chaque trouble considéré isolément et, montrer ainsi que ce trouble diffère essentiellement du trouble organique au premier abord identique. Ainsi, quelle que soit sa cause occasionnelle, la dyschromatopsie pour une couleur donnée, est toujours basée sur l'idée, nécessairement incomplète, que le sujet s'est formée de la perception de cette couleur : l'hystérique qui ne voit pas le rouge perçoit cependant norlement le blanc composité dû à la fusion des trois couleurs dites primitives. De même, une main anesthésique aux pressions légères et profondes conserve cependant la stéréognosie dans certaines circonstance. Dans l'amaurose hystérique unilatérale, l'œil atteint fonctionne dans la vision binoculaire, ce qui rend le diagnostic avec la simulation quelquefois très difficile.

L'alliance entre certaines séries d'états de conscience et certains troubles organiques dépend donc de circonstances fortuites et est gouvernée, pour ainsi dire par l'idée que se fait le sujet du fonctionnement des organes atteints. Mais la localisation des troubles orniques peut être modifiée par des causes internes, que le changement s'accompagne ou non de modifications de l'état mental. La thèse de Lebar (Paris 1906) (d'après une analyse de la *Presse Médicale*), contient des faits très intéressants de transfert d'une anesthésie et d'une hyperesthésie sous l'influence de la survenance de lésions viscérales unilatérales aiguës : les troubles de la sensibilité, passagers ou permanents, peuvent en outre présenter la même topographie que des troubles moteurs, vasomoteurs, trophiques, etc. L'auteur rapproche tous ces faits observés chez des sujets indemnes de toute névrose, de certains accidents hystériques connus et cite à cette occasion une remarque de Brown Séquard sur l'exaltation passagère de la sensibilité du même côté par une irritation quelconque du système nerveux, avec abaissement du côté opposé (1882). Dumontpallier en rapportant ses expériences de transfert par la métallothérapie, le « soufflet capillaire », la pression sur la tête etc, avait souvent fait allusion à la constance de la somme de sensibilité manifestée sur toute la surface du corps.

Le théoricien du dupliscime, en rapportant en faveur de sa thèse quelques-uns des faits dont nous venons de rappeler le mécanisme, a repris la nomenclature qui leur est

attachée, De celle-ci il fait deux parts, rejette l'une et adopte l'autre : « La subconscience de M. Janet n'est évidemment qu'une hypothèse bien plus digne d'un métaphysicien que d'un psycho-physiologiste » (p. 37). Pourtant, l'Auteur adoptera plus tard et sans remarquer la flagrante contradiction, la division introduite par Leibniz entre les perceptions normales et « les petites perceptions sans aperceptions .... que nous laissons passer sans réflexions et même sans être remarquées » (p. 59 et 60): les premières seront celles de l'être complet les autres celles du coêtre. L'exemple rapporté d'après Leibniz est même étonnamment semblable à celui rapporté (p. 29), d'après Harald-Höffding et à propos du quel l'Auteur tourne en ridicule la théorie de la subconscience. N'importe pour le moment, celle-ci n'est qu'une imagination des « physiologistes » (p. 32). « Ce n'était pas assez, dit le dupliciste, d'avoir, grâce à Rousseau, cette « conscience, conscience ! voix divine ! » que nous ne savions où placer d'ailleurs. Il nous en faut deux maintenant, une conscience, et une subsconscience qui feront même parfois mauvais ménage » (p. 32). Nous rencontrerons encore nombre de passages mettant absolument hors de doute l'invraisemblable confusion commise par l'Auteur entre la conscience morale et la conscience proprement dite.

Quant à la « conscience successive de M. Ribot [que l'Auteur oppose à la subconscience de M. Janet (p. 37], vaut-elle mieux ? » Non : dans les cas visés il y avait « simultanéité » ; de plus « s'il faut que j'admette que l'homme a le don d'une conscience protéique (*sic*), il est logique d'admettre que son semblable qui sera doté du même privilège, le saura de science certaine, en sorte que le phénomène serait tellement naturel pour tous les hommes qu'il ne serait pas venu à l'idée de M. Janet et de M. Ribot d'en chercher une explication ». (p. 37 et 38). Les « savants qui connaissaient tous le dualisme organique, sans se douter qu'ils se le cachaient à eux-mêmes sous le nom de symétrie » (p. 31) et auxquels « Chabry vient démontrer qu'effectivement les deux individus existent » (p. 32), ont donc à plaisir imaginé, pour ne pas se rendre à l'évidence, « sous l'empire d'un préjugé d'éducation » (p. 30), des « rouages moraux aussi compliqués sinon plus que la

Grâce divine de nos aïeux » «p. 32). « O *métaphysique* ! voilà de tes coups ! » (p. 32). Mais si « les hommes de science sont les derniers à voir ce qui saute aux yeux » (p. 31), la vérité s'est pourtant imposée, et à contre cœur sans doute, ils ont, en exposant les faits, parlé « de deux personnalités ayant chacune sa mémoire » (p. 30), « d'une double conscience simultanée » (p. 29) ; ils ont eux-mêmes décrit des troubles dans lesquels, de leur propre aveu « il semble qu'il y ait deux moi... deux personnes ayant chacune sa mémoire, sa synthèse » (p. 30).

Ces propositions, l'Auteur les adopte tout en les détournant de leur signification. Son « sentiment d'humble ignorant », c'est qu'il faut « tenir compte de ces apparences que tous constatent l'un après l'autre et reconnaître en elles la réalité ... l'homme se révèle sous l'analyse hypnotique mentalement double parce qu'il l'est » (p. 33).

Le simple exposé des *faits* va donc suffire à l'Auteur, non seulement pour montrer la double individualité, mais pour mettre en parfaite lumière tous les détails de la psychologie des co êtres: des données biologiques qui prouvent d'après lui la bi-individualité organique, il passe directement aux faits pathologiques qui prouvent le double individualité psychique, sans avoir eu soin de définir auparavant les attributs des co-êtres, de montrer comment la physiologie et la systématique qui s'adaptaient à la formation directe d'une conscience unique conduisent en réalité à l'existence de deux consciences intermédiaires, de suivre pas à pas la formation de ces deux consciences en partant des organes ou paires d'organes viscéraux, moteurs, sensoriels, communs pour la plupart aux deux individus, d'expliquer enfin comment un des co-êtres peut temporairement dominer l'autre et « gouverner » la personne entière.

La valeur probante n'est pas même restreinte aux cas de troubles de la synthèse psychique accompagnés de symptômes organiques unilatéraux, le dipsomane « qui se réprouve pendant qu'il boit », les « personnes lunatiques qui par périodes sont aimables ou hargneuses » (p. 47) témoignent également d'une modification « de la relation entre nos deux coêtres » (p. 47). Les cas avec symptômes

organiques auraient en effet prouvé une fois pour toutes, et par la seule coexistence de ces symptômes, que la dualité des hémisphères est en cause pour les troubles de la personnalité, des plus simples aux plus complexes, et même accompagnés de symptômes organiques bilatéraux, qu'un hémisphère peut avoir son « caractère » et régir à lui seul une longue série d'états de conscience. Le lien est évident ; nul besoin d'explication : c'est une localisation nouvelle dont il n'y a plus qu'à trouver la place. Mais, comme on devait s'y attendre, l'incompétence de l'Auteur en toutes les branches de la neurologie, après lui avoir permis de citer en faveur de l'indépendance physiologique des hémisphères, des faits qui impliquent leur synergie, l'a amené à attribuer implicitement à l'un d'entre eux (le droit), en même temps que la persistance et la réapparition d'un état de conscience donné, des troubles (aphasiques) qui relèvent de l'hémisphère gauche !

On peut diviser en deux catégories les faits rapportés suivant qu'il y a simultanéité ou succession de « consciences » et absence ou coexistence de symptômes organiques, unilatéraux ou bilatéraux, mais dimidiés.

1° Dans la première, *deux moi se succèdent sans signes organiques dimidiés*. Tel est le cas de cette « démente » alternativement religieuse et prostituée que l'Auteur cite (p. 41) après Ribot : « Nulle théorie dit-il (p. 42), n'a expliqué jusqu'à présent de manière satisfaisante la re- d'activité entre les deux personnalités ». Cette périodicité constitution d'une personnalité et surtout la périodicité effet ne peut pas faire l'objet d'une explication générale, mais les difficultés que cette explication rencontrerait, sont bien plus complexes dans l'hypothèse de l'Auteur : En admettant même que chaque moitié *physiologique* du cerveau puisse « gouverner » l'autre (1) et, par elle, tout l'or-

(1) Une intéressante observation d'apraxie unilatérale parue le 15 mars 1907) au cours de la correction de nos épreuves, nous paraît devoir être brièvement mentionnée ici ainsi que quelques observations antérieures semblables. Elle sera d'ailleurs analysée et critiquée ultérieurement dans ces *Archives*.

En 1902, Bleuler avait publié un cas de « délire unilatéral », délire des actes de la moitié droite du corps. Il admettait la possibilité d'une « séparation fonctionnelle transitoire » des deux moitiés du cerveau et faisait remarquer que, pour un autre cas (Liep-

ganisme, il faudrait avant tout démontrer que les impressions et états de conscience anciens, dont le réveil constitue l'une des personnalités alternantes, ont eu leur siège préféré sinon exclusif dans un des hémisphères ; il s'agit bien, en effet, de la mise en jeu des centres des hémisphères, d'après la seule « explication » que l'Auteur donne : « Quand les conditions de la relation entre nos deux co-êtres se modifient, il y a trouble moral . . . léger... ou très grave, comme chez cette malade qui voulait périodiquement etc. » (p. 47). Or, n'est-il pas indéniable que

mann, 1901) analogue, il était également logique de penser à une certaine « unilatéralité des fonctions psychiques ». Mais le malade de Bleuler était atteint de paralysie générale et par conséquent peu propre à l'étude des questions ici envisagées et déjà abordées à propos des agnosies unilatérales (voir p. 000).

Plus récemment, à propos d'une observation nouvelle, Bleuler a précisé son hypothèse : « Dans beaucoup d'états pathologiques et peut-être même à l'état normal dans les processus psychiques compliqués, un seul aurait (hätte) la direction, de telle sorte qu'il serait le siège de tous les processus essentiels, tandis que l'autre ne jouerait qu'un rôle secondaire ». (Abraham. 1907, page 220). Abraham remarque à son tour que cette manière de voir est devenue très plausible « depuis que l'on sait que les hémisphères peuvent agir indépendamment l'un de l'autre ». Le malade à propos duquel il invoque cette notion présentait, consécutivement à une hémiplégie droite avec aphasie sensorielle guérie, de l'apraxie des deux membres droits. De plus l'intervention de la main droite gênait ou empêchait l'exécution des actes commencés et facilement exécutés par la main gauche seule à l'état normal. Les actes commencés « sous la direction » de la main droite ne pouvaient être menés à bonne fin malgré l'intervention de la gauche. « L'état de conscience correspondant (die aktuelle Psyche) serait dit Abraham, profondément altéré par le fonctionnement faux ou insuffisant des centres de l'hémisphère gauche, tant que cet hémisphère à la direction. Par contre, le trouble (des centres de l'hémisphère gauche) n'aurait (hätte) aucune influence sur les états de conscience dont le substratum est dans l'hémisphère droit (auf die von der nechten Hemisphare geführte Psysche).

Ce terme de psyché, probablement choisi pour son imprécision même est, de toutes façons, trop compréhensif. Admettons que, dans les cas envisagés, la conscience ait pu avoir pour substrat les engrammes et processus d'un seul hémisphère ; en passant à l'autre, du moment qu'il y a, suppose-t-on, indépendance fonctionnelle (Unabhangigkeit, Abspaltung), elle ne pourrait manquer de subir un changement quelconque dans ce qui constitue le moi, ne fût-ce que temporairement. Or, dans l'observation d'Abraham, à propos de laquelle cet auteur et Bleuler ont repris l'hypothèse de l'indépendance, le Moi assiste sans changer lui-même

dans la plupart des actes qui entrent dans la mémoire, dans ceux surtout dont la répétition a quelque importance pour la formation de la personalité, le siège des impressions par rapport à la ligne médiane n'est pas remarqué ou ne l'est qu'après par réflexion, incidemment et pour une cause accessoire.

L'Auteur a d'ailleurs compliqué lui-même la question des personnalités en admettant la possibilité de trois personnalités successives chez le même sujet : l'une d'elles (la normale, dit-il) étant celle de l'être complet, celle qui traduit l' « accord entre les coêtres ». Il ne pense d'ail-

aux actes tour à tour vains et fructueux qu'accomplissent successivement le côté malade et le côté sain. Comme dans les agnosies (voir p. 000) le trouble fonctionnel reste relativement localisé, malgré son extension éventuelle aux membres des deux côtés. Cette diffusion, qui n'est d'ailleurs caractéristique que dans l'exécution des mouvements devenus habituels, témoigne de l'union transmédiane anatomique et fonctionnelle des centres des deux membres ; on voit sans peine son analogie avec la synergie ancestrale mise en lumière par L. Bolk (voir p. 000) à propos de l'évolution phylogénique du cervelet et dont dérive tardivement l'indépendance fonctionnelle, complète à l'état sain, des deux membres de chaque ceinture. Les associations histologiques intracorticales qui vont *présider* au mouvement à exécuter par ces deux membres peuvent se former dans l'hémisphère malade et être alors défectueuses le mouvement commencé par la main apraxique ne peut pas être achevé même avec l'aide de la main normale ; elles peuvent aussi se former dans l'hémisphère sain, mais faire place, sur une injonction, par exemple, à celles formées dans l'hémisphère malade ou être perturbées par l'intervention de ces dernières.

Mais dans les deux cas, non seulement les deux hémisphères fonctionnent, mais il est non moins évident que les substrats fondamentaux de la vie psychique, la « psyché » d'Abraham, ne subissent pas le déplacement supposé par cet auteur et Bleuler : en effet les associations histologiques dont nous parlons plus haut concernent des mouvements habituels, et l'observation démontre qu'elles sont inconscientes, ou du moins, ne deviennent conscientes qu'indirectement : le malade ne s'aperçoit pas lui-même de son erreur. Il n'y a rien dans son allure qui ressemble à la succession d'un état second à un état prime : ses pensées se suivent sans la moindre lacune, et leurs manifestations volontaires (langage) ou instinctives, autre que celles du membre apraxique, ne témoignent nullement de la substitution d'une « psyché » à une autre. Ce qui fait le fond de la conscience et passera partiellement au premier plan une fois l'acte terminé ou même au cours de cet acte est infiniment complexe, extrêmement diffus et échappe par sa nature même à toute localisation (Cf. avec la critique du cas Louis V. p. 000 à 000.)

leurs même pas à spécifier à quelle conscience (un des co-êtres ou le MOI) se rattache chaque personnalité dans les cas où il y en a deux seulement, comme chez les lunatiques, comme dans l'exemple que nous venons de citer, ni même à donner quelques-uns seulement des caractères permettant une attribution certaine : chose indispensable dans une théorie qui affirme l'indépendance et l'opposition foncière (de chaque coêtre à l'autre et au moi) des individualités en présence.

Mais après la perte de la « personnalité synthétique, il faut qu'il y aît prédominance soit de l'individu gauche, soit de l'individu droit » ; le duplicisme exige qu'il n'y ait pas plus de trois personnalités, conclusion à laquelle s'arrête naturellement l'Auteur sans dire que la question avait été soulevé dès 1889 et résolue dans un sens contraire par un psychologue qu'il cite pourtant fréquemment dans ce chapitre, M. Pierre Janet. Celui-ci avait même envisagé la question précisément à l'occasion de la critique d'une théorie qui attribuait chaque personnalité à l'un des hémisphères : « M. Myers, comme il l'a fait à propos de six existences de Louis V., range toutes les existences anormales en une seule, qu'il oppose à l'existence normale. Mais cela est fort artificiel ; l'existence psychologique qu'on appelle normale n'a pas de caractères si nets qui l'opposent aux autres. Les différents groupes anormaux... sont bien distincts les uns des autres comme le somnambulisme est distinct de la veille. Léonie et Lucie (sujets longuement étudiés par l'auteur) ont trois personnalités et non deux ; Rose(*ibid* p.32,33,48, 49, 121, 126, 334, 492) en a quatre au moins bien distinctes ; faut-il supposer qu'elles ont trois ou quatre cerveaux ?... J'aime mieux croire qu'il s'agit de simples groupements psychologiques, qui peuvent être nombreux car ils ne correspondent pas à la division physique du système nerveux. Sans doute une certaine modification physiologique doit accompagner cette désagrégation psychologique, mais elle nous est absolument inconnue et elle doit être anormale et bien plus délicate que cette division régulière du cerveau en deux hémisphères. »(*L'Automatisme psych.*,p.419).L'auteur a-t-il cherché à la faire connaître et à montrer les rapports nécessaires du trou-

ble causal avec « la division du cerveau en deux hémisphères »? Restons-en donc à l'opinion si bien présentée et soutenue par Ribot (1894, p. 76 et 77), Janet, Griesinger (cité par Ribot, *ibid.*) et continuons à admettre que le nombre des personnalités que peut présenter un même sujet, chacune même à plusieurs reprises, théoriquement illimité, pratiquement a été souvent supérieur à trois.

2° L'auteur rapporte deux faits, empruntés à M. Ribot, comme exemples *de simultanéité de deux moi sans signes organiques dimidiés*: les deux cas sont d'ordre pathologique. Le premier est celui du dipsomane (p. 34) qui éprouve de la réprobation pour lui-même au moment où il boit. M. Ribot le cite à plusieurs reprises et le rapproche avec raison de certains cas normaux : « L'orateur maître de sa parole, qui, en parlant, se juge, l'acteur qui se regarde jouer.... sont encore des exemples de cette scission normale dans le moi ». (p. 77). Pourquoi l'Auteur du duplicisme n'a-t-il pas choisi ces deux derniers exemples de préférence à celui de l'acte impulsif ? Les aurait-il jugés susceptibles d'une autre explication ou même contraire, au duplicisme? Ou bien est-ce parce que il faut qu'il y ait « trouble moral » pour que la biindividualité devienne évidente (p. 47)? Les trois cas relèvent du même mécanisme, mais les deux derniers, un peu plus simples, peuvent servir à éclaircir le premier : ils montrent qu'un acte complexe, tel que celui de la parole, du jeu de l'acteur, peut très bien ne pas occuper tout le champ de la conscience et laisser place non seulement à des jugements et raisonnements, mais encore à un grand nombre de perceptions parfaitement claires : l'acteur et l'orateur non seulement se jugent eux-mêmes, mais jugent de l'effet produit.

L'impulsion du dipsomane peut elle, psychologiquement, être aussi limitée ? Sans aucun doute, lors même qu'elle serait relativement récente et que l'acte qu'elle entraîne n'aurait été répété qu'un petit nombre de fois, et surtout lorsqu'elle a reçu satisfaction : elle laisse alors le champ libre aux associations d'idées qu'elle entraîne habituellement et qui forment la base de la réprobation pour l'acte éprouvé par le sujet. En quoi celui-ci diffère-t-il alors de l'acteur ou de l'orateur ? L'Auteur dira-t-il

que, chez ces deux derniers, ce sont les deux co-êtres qui discourent ou qui jouent? Nous dirons alors que, chez le dipsomane, c'est l'« être complet » qui blâme et la paire des co-êtres qui boit »? Mais, sans chercher dès maintenant si chacun des coêtres est conscient de l'acte exécuté et de la collaboration de son congénère, s'il est d'autre part distinct du MOI, qui a pourtant conscience et de l'acte et de la réprobation, si l'acte, par conséquent, est connu deux fois, si enfin la conscience du co-être est connue au moins d'elle-même, sans examiner toutes ces questions qui, disons le par anticipation, ne sont même pas abordées par l'Auteur, que trouvons-nous chez le dipsomane; l'opposition des « ardents appétits » des coêtres, c'est-à-dire des désirs et des tendances, aux notions morales fournies par l'éducation et l'action du milieu : qu'y-a-t-il là que le duplicisme puisse réclamer ou se vanter d'éclaircir ; il aurait toujours à donner la raison de cette entente des co-êtres échappés à l'action du moi. Si, par contre, comme dans le deuxième exemple que nous allons citer, les coêtres sont seuls en scène, d'où vient que l'impulsion est suivie d'effet et comment le coêtre qui réprouve laisse-t-il agir celui qui boit, c'est-à-dire met à contribution les fonctions motrices des deux moitiés du névraxe? Dans ce cas donc il n'y aurait pas simple « gouvernement » de l'être entier par un co-être et on ne peut pas dire, comme on le dira plus tard : « le bon, le réprobateur, est celui que *dirige* le cerveau gauche par exemple ; le mauvais, le buveur, celui que *dirige* le cerveau droit ». Il y a bien deux groupes distincts de faits psychiques, mais la « dualité » anatomique du système nerveux n'y est pour rien : l'un de ces groupes occupe ou dirige tout l'appareil moteurs ; l'autre, étranger au mouvement, n'est fait que de souvenirs et de raisonnements. Mais y-a-t-il deux *consciences* ; les deux groupes ne sont ils pas contenus dans la même ? De toutes façons, on retombe dans la conception classique, que justifie si exactement l'observation de tant de faits analogues.

Le deuxième cas est celui d'un sujet qui « entretient en même temps deux conversations, l'une par écrit, l'autre verbalement. » (p. 38). Cet exemple soulève les mêmes remarques que le précédent : il relève de la subconscience,

« hypothèse, affirme l'Auteur, imaginée seulement pour expliquer un fait que la dualité de notre nature explique ». (p. 39). La « dualité de notre nature » est-elle donc plus explicite ? Le fait met-il en lumière « l'indépendance relative des deux hémisphères » (p. 39) ? Les centres du langage ne siègent-ils pas tous dans le même ? Il arrive souvent, d'ailleurs, que l'on réponde à une question sans interrompre l'acte d'écrire, de même que, mais plus rarement, soit en parlant, soit en écoutant, on peut noter par écrit quelque idée tout à fait étrangère à la conversation. Dans l'un et l'autre cas, l'hémisphère gauche, non seulement « gouverne », mais accomplit à lui seul les actes qui, pour l'Auteur, dépendraient chacun d'un hémisphère et démontreraient ainsi l'indépendance fonctionnelle des deux. De plus, ces actes eux-mêmes, comme les souvenirs qu'ils expriment, demandent et traduisent la collaboration des deux moitiés du télencéphale.

Le choix de cet exemple est donc particulièrement malheureux, car la lecture et l'écriture sont des plus complexes parmis les actes simultanés connus ; ils sont aussi de ceux dont il est le plus facile de contrôler le degré d'indépendance et de perfection.

3° On connaît de nombreuses observations de *succession de deux moi avec symptômes organiques dimidiés.* L'Auteur en rapporte une citée par Ribot(*Maladies de la Personnalité*),1894,p. 80 à 89) d'après Camuset, Borru et Burot et maintes fois reproduite depuis. Nous ne la rapporterons pas ni ne critiquerons pas en détail les conclusions qu'en tire l'Auteur. Elles sont passibles des objections faites pour les exemples précédents : « V..., le bon est celui que dirige l'hémisphère gauche, V... le mauvais celui que dirige l'hémisphère droit. » (p. 46). Pourtant « quand les conditions de la relation entre nos deux co-êtres se modifient, il y a trouble moral en nous » (p. 47). Or l'état — ou les états — dans lesquels il n'y avait pas de trouble moral se sont présentés chez Louis V... tantôt avec symptômes dimidiés, tantôt en l'absence de ces symptômes : de quel droit faire alors de cette observation un argument en faveur de l'alternance d'action ou de suprématie des hémisphères cérébraux ? Du reste, avant de passer par les « six états » sur lesquels

se porte l'attention de l'Auteur, le sujet avait présenté une période de réveil des sentiments moraux, absolument semblable, moins les troubles de la parole à certaines des périodes envisagées par l'Auteur, et au cours de laquelle aucun symptôme n'avait permis de mettre en cause la prééminence de l'un des hémisphères : il y avait à ce moment en effet de la paraplégie. Cette paraplégie reparaît dans un état observé ultérieurement, le sixième. A ce moment, V... est « bon » mais il y a des lacunes dans sa mémoire et « il a oublié à écrire et à lire » : l'hémisphère malade est donc l'hémisphère gauche, partiellement d'ailleurs, puisque le membre supérieur est indemne de tout trouble. Mais la perte de la lecture et de l'écriture équivaut bien, je pense, ne serait-ce que par l'étendue de la zone corticale troublée, à l'hémiplégie et hémianesthésie droites que l'Auteur considère comme indiquant d'une façon certaine le trouble et l'infériorité de l'hémisphère gauche et la suprématie effective de l'hémisphère droit. La phrase citée plus haut : « V. le bon, est celui que dirige l'hémisphère gauche » est donc en contradiction avec les faits mêmes sur lesquels l'Auteur s'appuye : une analyse un peu moins sommaire de son observation aurait suffi sans doute à lui en faire choisir une autre et à lui démontrer, non seulement que la coexistence de tel état mental avec un trouble donné de la senso-motilité était purement contingente (paraplégie, troubles du langage), mais encore que cette coexistence n'avait pas même eu lieu dans le sens qu'il indique et qui seul peut en effet cadrer avec sa théorie. On a d'ailleurs remarqué que tous les troubles dimidiés étaient de nature hystérique, et, par conséquent, qu'il est impossible de les rattacher à un trouble fonctionnel d'un hémisphère, comme l'hémiplégie et l'hémianesthésie organiques.

4° Cette remarque trouve encore son application dans la dernière des catégories entre lesquelles nous avons réparti les cas cités par l'Auteur (p.27 à 29) à l'appui de sa thèse, celle des observations de *simultanéité de deux moi avec symptômes organiques dimidiés.* Une femme en catalepsie est invitée à se laver les mains et les frotte vivement l'une contre l'autre. « Ferme-t-on un œil du sujet, le bras du même côté retombe inerte, tandis que l'autre

cherche à continuer le mouvement de friction ».Il est inutile d'insister sur le rôle de l'éducation, parfaitement inconsciente dans ces faits d'hypnotisme ; ils démontrent, quelle que soit leur pathogénie, l'alliance de certaines associations motrices avec certaines associations sensitives sensorielles. Mais ces alliances peuvent s'établir d'un hémisphère à l'autre et ne sont donc pas en faveur de la théorie de l'Auteur ; l'observation de Louis V... montre qu'elles peuvent réaliser toutes les combinaisons possibles. Le dernier cas milite dans le même sens : l'occlusion d'un œil agit également sur les deux hémisphères : il n'y a aucune raison qui permette de supposer que l'inertie du bras produite par l'occlusion de l'œil droit résulte de la suppression fonctionnelle d'un hémisphère, ou, en d'autres termes, que, dans ce cas, les hémisphères agissent, même pour un temps très court, indépendamment l'un de l'autre. Ce fait met bien en lumière, quoiqu'il soit très simple en apparence, l'extrême complicité des phénomènes de l'hypnose.

L'Auteur rapporte encore, d'après l'ouvrage cité de Ribot, le cas d'un sujet en train de lire et dont la lecture est interrompue par l'occlusion d'un œil, le droit, tandis que l'occlusion de l'œil gauche reste sans effet. Il suffira de rapporter les considérations inspirées à l'Auteur : « A la théorie dupliste d'aucuns objecteront que des faisceaux nerveux relient ensemble la droite et la gauche et les solidarisent. Cela serait surtout vrai des yeux, car, de chaque œil partent des nerfs qui vont de l'un à l'autre cerveau (*sic*). Or cela n'empêche pas que le cerveau gauche à cessé de *voir* ? quand on a fermé l'œil droit du sujet. » (p. 28). Il faudrait avoir depuis longtemps suivi le malade pour dépister la cause de l'association, probablement fortuite et due peut être à une circonstance tout à fait accessoire, établie entre la vision par l'œil droit (impression des deux moitiés du champ visuel de cet œil, fonctionnement de ses muscles, etc.) et l'exercice des centres du langage. Mais, quels que soient cette cause et le mécanisme mis en jeu, il est doublement fautif de dire, avec l'Auteur : « L'arrêt du fonctionnement de la circonvolution de Broca, et par suite l'arrêt de la parole, ne s'explique qu'en supposant l'arrêt de la vision » (p. 28) ; la suppres-

sion totale du champ visuel d'un œil ne peut avoir avec l'inhibition des centres du langage que des connexions contingentes créées par les particularités de l'évolution individuelle et elles-mêmes sans rapport avec la localisation des diverses régions corticales intéressées dans les deux hémisphères.

Le troisième cas, également cité d'après Ribot qui l'avait emprunté à Dumontpallier, paraît beaucoup plus caractéristique : la mimique de la face est dissociée et exprime dans chaque moitié des sentiments en rapport juste avec les souvenirs réveillés par un récit fait à l'oreille correspondante : « Le côté droit sourit... le côté gauche traduit le désagrément... Le visage exprime à droite la satisfaction, à gauche l'inquiétude » (p. 28 et 29). D'après Bérillon, l'expérience a été répétée avec variantes par Charcot ou d'autres observateurs sur plusieurs sujets. Dans plusieurs cas, de certains détails (parole, opposition par la malade elle-même de l'état affectif créé par un récit à l'état affectif créé par l'autre), on peut conclure que le moi persistait, comme c'est le cas habituel dans les hallucinations unilatérales antagonistes alternantes ou simultanées (voir Séglas, 1903, surtout p. 20 et 599). Ces détails, joints à ce fait que des hallucinations visuelles artificielles pouvaient également provoquer ou entretenir la dissociation mimique, montrent d'ailleurs une fois de plus que chaque état affectif, avec sa cause (récit provoquant une hallucination visuelle ou auditive) et ses manifestations (mimique) concernait les deux hémisphères. Le point capital, sur lequel l'expérimentateur insistait déjà pour prévenir l'objection de simulation est la discordante mimique à droite et à gauche : cette discordance est en effet difficile à reproduire volontairement, du moins pour un sujet sain ; mais il n'en est pas de même pour l'hystérique, chez lequel des faits nombreux démontrent que des associations entre des phénomènes moteurs et des idées ou impressions peuvent s'effectuer suivant toutes les combinaisons possibles et même au détriment de mouvements complexes à rapprocher de la dissociation de sensation complexes, tels que ceux de la mimique lesquels se trouvent ainsi dissociés, dimidiés dans le cas actuel. Le sujet avait, comme les précédents, associé soit spontané-

ment, soit grâce à la longue et puissante éducation dont il avait été l'objet, à la perception par les organes, sensorides d'un côté, les mouvements du même côté. La persistance de la conscience, ou au moins de certains souvenirs récents de l'état de veille, indéniable dans certaines expériences, surtout au début de chacune d'elles, sans permettre l'hypothèse de simulation, rend le résultat un peu moins extraordinaire chez des êtres « faibles d'intelligence... manifestant très bien quand il savent ce qu'on veut d'eux » (Pouchet). Dans plusieurs autres expériences du même ordre, le moi semble avoir disparu complètement; la dissociation mimique, mise en jeu par l'habitude associatrice entre perceptions et mouvements d'un côté, s'explique de même, grâce à l'existence des nombreux centres hiérarchisés du diencéphale et du tronc cérébral qui président aux mouvements de la face et qui peuvent agir seuls, une fois soustraits à l'influence du cortex, soit par des lésions du lobe frontal corticales ou centrovalaires bilatérales, soit par certaines lésions thalamiques, soit par l'inhibition créée par l'hypnose ou certains états émotifs intenses. Dans tous les cas où la nature des excitants est telle que l'on ne puisse admettre un simple lien réflexe entre eux et les manifestations somatiques, rien ne prouve que chaque excitant soit connu par une conscience qui ne connaît pas l'autre, car les impressions peuvent disparaître du champ de la conscience lors même que persistent leurs manifestations extérieures ; inversement, la manifestation d'un état de conscience peut persister alors que la conscience est ocupée par une représentation différente même opposée. Or, dans toutes les expériences relatées par Bérillon, la mimique de chaque côté de la face une fois établie, durait un certain temps et se trouvait en rapport avec les excitations reçues par les organes, du même côté, identiques ou semblables à l'excitation princeps.

La dimidiation des phénomènes moteurs ne prouve rien en faveur de l'indépendance psychologique ni même physiologique des hémisphères. Cette dimidiation suppose souvent même la mise en jeu de souvenirs et images complexes, autres que ceux du langage qui impliquent forcément la synergie des deux hémisphères dans chaque

état affectif : elle n'a pas été notée après des excitations simples, non prévues et ne nécessitant pas d'interprétation.

Enfin, l'expérience suivante, d'autant plus démonstrative ? que sa valeur probante se tourne évidemment contre l'opinion soutenue par ses auteurs, rend palpable, pour ainsi dire, l'absence de toute relation entre les phénomènes moteurs ou sensitifs dimidiés et les dédoublements apparents de la consciénce, d'une part, et l'indépendance fonctionnelle des hémisphères d'autre part :

« M. C... est mise en somnambulisme par légère pression sur le vertex...; on lui ordonne d'ouvrir complètement les yeux. On fixe alors dans le plan vertical médian de la figure du sujet un écran disposé de telle façon que chacun de ses yeux ne puisse voir que les objets situés du côté correspondant de l'écran. Un des assistants place alors son visage *dans le champ visuel de l'O. D.* ; un autre *dans le champ de l'O. G.* L'expérimentateur, par un geste, simule alors une difformité ridicule sur le visage placé du côté droit et une difformité repoussante sur le visage placé du côté gauche. Aussitôt et simultanément, la face de la malade exprime, à droite, la gaîté la plus franche, tandis qu'à gauche elle revêt l'expression de l'horreur la plus profonde. Cette double expression... persiste assez longtemps pourqu'on puisse la photographier à loisir ». (Bérillon, 1884, p. 183 et 184.)

A propos du rôle des troubles de la mémoire dans les variations de la personnalité, l'Auteur expose une théorie nouvelle sur la genèse du *sentiment de l'identité*. Tandis que les philosophes qui ne connaissent pas la biindividualité « ne peuvent l'expliquer que par la mémoire » (p. 45), le duplicisme « reconnaît et fonde le sentiment de l'identité, non dans la succession des impressions et sensations car... ». J'interromps la citation pour faire remarquer une grave méconnaissance des données élémentaires de la psychologie : la mémoire qui joue un rôle dans le sentiment de l'identité ne comprend pas seulement « la succession des impressions et sensations » ainsi que l'Auteur le fait dire injustement à ses adversaires, mais tous les processus psychiques qui entretiennent et qui forment l'idée du moi : Sentiment d'effort, apports cœnesthésiques..... ou encore « la réflexion, le jugement et la décision » que l'Auteur exclut à tort de la conception

ordinaire du sentiment de l'identité. Qu'il consulte à ce sujet deux livres classiques de tendances opposées : la *Psychologie* de H. Hoffding (p. 179 et sqq.) et celle de Rabier (6e édit., 1898, p. 443 à 454).

Je reprends la citation : «...car ces impressions peuvent n'appartenir qu'à une seule de nos deux individualités... » ; il y aurait à l'état normal deux consciences coexistantes pouvant se communiquer leurs impressions (!) mais pouvant aussi garder leur indépendance. Chacune d'elles, puisque conscience elle est, a pourtant droit à un « sentiment d'identité ». Ce sentiment, où le placer ? qui en a connaissance ? Se confond-il temporairement, ou définitivement à un certain stade de l'évolution, avec celui de l'autre co-être puis avec celui de « la personne »? Bref, le duplicisme place le sentiment de l'identité « dans l'activité coordonnée de nos deux activités élémentaires ...coordination qui s'affirme ... par la raison et la volonté. C'est.. le sens que j'ai dans le passé de cette Raison et de cette Volonté qui constitue la personnalité et l'unité de moi. » (p. 45 et 46). Mais si les deux coêtres peuvent être, au moins temporairement, complètement indépendants, leur activité sera-t-elle constamment coordonnée, et n'y aurait-il pas tôt ou tard dans la mémoire des lacunes pouvant se manifester par du désordre apparent des actes ou des idées ? De plus, à quoi est dû, pour le duplicisme, le sentiment de l'identité chez l'enfant avant l'établissement ou la formation de la Raison et de la Volonté ? Or, chez l'enfant, ce sentiment, évidemment moins complexe que chez l'adulte, est relativement aussi puissant et peut être davantage, car la force de fixation de la mémoire est plus élevée que chez l'adulte (Adamkiewicz) et les représentations qui jouent le plus grand rôle dans le sentiment du moi, et que l'Auteur néglige pourtant presque complètement, celles que fournit la cœnesthésie, sont relativement aux autres, plus nombreuses que chez l'adulte. Enfin, le duplicisme, qui n'explique pas le sentiment de l'identité ou le sentiment équivalent chez l'enfant, serait également incapable d'en expliquer la soudure au sentiment dû plus tard à la Raison et à la Volonté de la « Personne entière ». D'ailleurs si, à l'origine des altérations de la personnalité, on peut observer des troubles du

raisonnement et des volitions, on sait que ces troubles ne sont pas primitifs,mais secondaires à des modifications profondes de la cœnesthésie ou de la sensibilité tactiles, modifications dont des troubles organiques donnent souvent la raison d'être.

B. Attributs des co-etres.—L'Artiozoaire est essentiellement un, et les faits pathologiques pris comme preuve du contraire montrent en réalité dans l'unité de la conscience normale, comme dans la pluralité des synthèses pathologiques partielles, la synergie constante et nécessaire des deux moitiés de l'organisme. Se pourrait-il pourtant que le duplicisme eût la valeur d'un symbole, et aux « observations et classifications admises par les psychologues... apportât une singulière clarté » (p. 49) ?

1° On est surpris du petit nombre des *faits* psychiques normaux auquel l'Auteur cherche à faire l'application de sa théorie : ces faits, même, se réduisent à un seul,la délibération qui précède la décision ; du reste, comme les faits pathologiques, ils sont censés prouver le dualisme par leur seule existence et dispenser de toute explication. Si, en effet, la conscience devenait une, par exemple, par « subordination absolue et permanente d'un co-être à l'autre..., toute la vie psychique,toute la vie morale *resteraient aussi ténébreuses* qu'elles le sont aujourd'hui,et ce sentiment universel que les romanciers non moins que les philosophes ont si souvent mis en relief,cette délibération en soi-même, ces hésitations de conscience...*resteraient inexpliquées* malgré les efforts de MM. Ribot et Janet. » (p. 96 et 97).

Mais si, dans tout le reste du livre,l'Auteur paraît véritablement oublier son sujet, la démonstration, évidemment ardue, de l'indépendance des coêtres, il se rejette sur un développement facile, souvent indiqué, (voir notamment Grasset, 1904), et même, en un certain sens, depuis longtemps classique : l'opposition des faits psychiques dans lesquels domine la part du spontané, du réflexe,de l'organisme,à ceux où s'affirment surtout la raison, le sentiment du libre arbitre,et qui aboutissent à des connaissances plus générales et moins empiriques : les premiers, on le devine, appartiennent aux co-êtres ; les

seconds sont le propre du « moi supérieur » ou « Etre complet ». A ce dualisme par lequel l'Auteur cherche à compléter et à confirmer le dualisme originel ou de juxtaposition,et qu'il tend même parfois à subsituer à ce dernier, on peut donner provisoirement le nom de dualisme *transversal*.

Mais, quoiqu'il soit très logique de parler de conscience et de subconscience, il est évident que le dualisme transversal, bon pour les facultés ou opérations de l'esprit, ne peut pas s'appliquer au caractère commun à tous ces actes, celui d'être accompagné de conscience. Cherchons donc, avant de passer aux attributs proprement dits des coêtres, si les actes extérieurs, les manifestations de l'animal ou de l'homme,auxquels assistent les deux co-êtres, sont pour chacun de ceux-ci des actes mentaux, si les sensations de l'un sont communiquées à l'autre comme sensations ou comme ébranlements : cherchons en un mot à développer la notion de l'indépendance psychologique des co-êtres et à voir si la vie psychique de chacun d'eux, sa conscience, peut-on dire par abréviation, peut coexister avec celle de l'autre et celle du moi, la remplacer au besoin, s'y souder, bref,si cette dualité et cette cette indépendance sont d'accord avec les données de l'observation interne, seule bon juge en l'espèce.

2º *Conscience des co-êtres*.—L'Auteur ne l'étudie jamais en elle-même, c'est-à-dire au point de vue de sa dualité : suivant son habitude, il affirme à plusieurs reprises l'indépendance et même l'opposition des co-êtres, mais il évite de les préciser et de les limiter. Que conclure des passages suivants ? « Même en les supposant communiquées d'un co-être à l'autre, les sensations peuvent, si elles ne sont pas contradictoires, s'ajouter sans donner lieu au contrôle de l'Etre complet,ou au contraire. ... En ce dernier cas, au dualisme *entre les deux coêtres sentants*... » (p. 79). « ... Les deux coêtres organiquement distincts quoique en relations régulières ... » (p. 97). Si les coêtres, dit l'auteur, devenaient parfaitement identiques l'un à l'autre, jusqu'à n'en faire plus qu'un moralement, « la même sensation surgirait en même temps dans chacun d'eux » (p. 95). Avec la meilleure volonté du monde, on ne voit là qu'une affirmation répé-

tée sous des formes diverses sans le moindre effort pour apporter quelque éclaircissement sur cette indépendance avec communications. Pourtant, dira-t-on peut-être, « indépendance avec communications » qu'y-a-t-il de plus fréquent et de plus facile à concevoir ? Deux interlocuteurs, deux correspondants ne représentent-ils pas cet état ? Il est même probable que c'est à cela que l'Auteur a pensé et que c'est cela qu'il a chargé de représenter et résoudre la difficulté dans l'esprit des lecteurs. Mais, la conscience de gauche, par exemple, étant remplie par une sensation, la conscience de droite l'est-elle aussi et simultanément par la même sensation ? Non, d'après les données mêmes du problème. La conscience de gauche communique t-elle la sensation à celle de droite ? Si elle ne le fait pas toujours, elle peut le faire ; elle paraît même agir le plus souvent ainsi, d'après les dernières parties du livre. Cette communication ne peut-elle pas ne se faire que par une manifestation qui n'est déjà plus la sensation, mais un signe, naturel ou conventionnel, représentant cette sensation? L'ouvrage entier reste muet sur ce point. Je continue donc : en effet, un fait psychologique commun à deux consciences n'est plus *un*, mais *deux* faits psychologiques. Donc, dire que la sensation est communiquée comme sensation, ce serait dire qu'une même sensation est double étant connue des deux coêtres, chose contraire aux données du problème d'après lesquelles il y a deux consciences *indépendantes*, ce qu'elles ne seraient pas si leurs contenus étaient, même temporairement, identiques, chose qui, par surplus, renferme une contradiction. D'autre part, cette manifestation, naturellement connue de la conscience du co-être qui la fait, comment est-elle connue de la conscience à qui elle est destinée? Elle ne peut pas l'être de la même facon que de la conscience de celui qui la fait, sans quoi nous retomberions dans les difficultés rencontrées à propos de la communication de la sensation elle-même. Elle est donc connue d'une façon différente, vue pour ainsi dire par chacune de ses faces par chacun des coêtres ; ce n'est donc pas une chose immatérielle, une chose inétendue, par exemple une suggestion pure, ce ne peut pas être seulement une idée commune : c'est forcément un fait complexe, susceptible d'être envisagé sous plu-

sieurs aspects, c'est-à-dire un fait matériel, *une modification organique*. Mais cette modification née de la sensation, nécessaire à la théorie, ne voit-on pas d'emblée l'impossibilité de l'admettre, et tout d'abord, de la localiser, puis de la supposer connue des deux consciences, en l'absence, ou plutôt indépendamment du moi !

Concluons donc provisoirement que, si la conscience d'un co-être, c'est-à-dire d'un animal simple idéal, est possible, l'Auteur n'a pas su démontrer cette conscience chez l'animal conjugué, ce qui revenait uniquement à montrer l'indépendance des consciences des deux co-êtres en se réservant, il est vrai, un chemin pour le retour à l'unité.

Prenons l'hypothèse contraire,inapplicable à l'homme, qui doit précisément au commerce psychique incessant des deux co êtres sa supériorité intellectuelle, mais, à la rigueur, admissible pour les animaux chez lesquels les co-êtres se contentent d'une collaboration instinctive et inconsciente : les deux consciences ne communiqueraient pas et seraient parfaitement indépendantes ; elles seraient même étrangères l'une à l'autre.Mais le rôle de l'Auteur était justement de considérer les actes des animaux qui dépassent la vie purement instinctive et d'y montrer la manifestation de deux consciences distinctes, appartenant à des êtres à tendances opposées. Il a complètement négligé de le faire : ce n'est pas à nous de le faire à sa place, ni même d'en chercher la manière. D'autre part, l'Auteur se défend de soutenir, avec Wagan, que l'homme ait « deux esprits » (p. 22),tandis qu'il s'étend à maintes reprises sur les actes psychologiques des co-êtres et leur « tendance au fonctionnement indépendant et autonome dans le domaine de la motilité, de la sensibilité tactile .. » (p. 78). On ne saurait douter, dit-il encore, qu'il y ait, chez le coêtre dissocié, « rapport conscient entre l'impression perçue et la réaction qui s'ensuit » (p. 92). Réduisons pour plus de sûreté la donnée de la conscience du co-être à sa plus grande simplicité, laissant de côté la question de l'indépendance,et voyons si cette conscience est justifiée par les nouvelles considérations biologiques de l'Auteur.

« Un des blastomères [dans l'expérience de Chabry] sur-

vit et donne naissance à un demi-individu ou plutôt à un individu simple... En face de cette confirmation expérimentale... est-il permis de douter de la biindividualité de l'être humain ? » (p. 17 et 18). Or, si l'on peut considérer l'individu comme défini par sa seule organisation, on ne peut séparer celle-ci de sa vie psychologique. Lors même que l'expérience de Chabry n'aurait pas été faussement interprétée, l'Auteur n'avait pas le droit d'en transporter à l'homme les conclusions, sans donner du mot individu une définition nouvelle : appliqué à l'homme, ce concept est inséparablement lié à celui de personne. Dire « qu'aucun des deux individus n'est une fin en lui-même, et que leur raison d'être commune à tous deux et égale, c'est l'être double qu'ils constituent et qui seul devient la personne humaine » (p. 23 et 24), c'est esquiver la définition attendue. En disant que la personne est une fin en soi, Kant n'entendait pas non plus la définir et ne cherchait qu'à donner une formule morale. Si l'Auteur avait à son tour cherché à définir la personne, il aurait remarqué sans doute qu'il n'y a pas de différence essentielle entre elle et l'individu, et que le premier terme implique seulement un degré plus élevé des fonctions psychiques, fonctions que l'Auteur accorde, du reste, dans la plus large mesure, à chaque co-être : il ne pouvait pas faire de ce dernier un individu entier et une personne incomplète, ou, puisque la personne est pour lui « un produit et non une somme », un individu *humain* qui ne fût pas une personne.

Le fait que les *Artiozaires* à système nerveux disséminé, les Rotifères, par exemple, sont doués « de sensibilité, d'intelligence et de volonté » (p. 55), est-il « une sérieuse raison d'analogie physiologique » (p. 54) donnant le droit d'attribuer aux co-êtres, non pas même « une vie psychique relativement très haute », mais simplement une conscience propre ? La généralisation serait à la rigueur légitime pour les Arthropodes où les relations entre les centres et la périphérie sont le plus souvent directes et où les anastomoses transmédianes sont relativement peu développées (quoiqu'elles le soient pourtant beaucoup plus qu'on ne le croyait avant les derniers travaux sur les neuro-fibrilles). Mais pour les Vertébrés, chez lesquels on

constate, dès les premiers degrés de la série, de puissantes commissures et des entrecroisements multiples, la généralisation n'est plus possible ; elle l'est d'autant moins que les centres sont d'autant plus sévèrement subordonnés les uns aux autres que l'animal est plus élevé.

Du reste, pour que son raisonnement par analogie eût quelque valeur, l'Auteur aurait dû,ou partir d'un animal à système nerveux simple, qu'il a vainement cherché ou d'observations faites sur un Artiozaire divisé,en ses deux moitiés, et prouver que les réactions de chacune de celles-ci traduisaient la conscience des excitations. En descendant jusqu'aux animaux inférieurs aux Artiozoaires, il a condamné lui-même son système.

Admettons néanmoins que la conscience du co-être soit possible : quel peut être son *contenu* ? Chez l'enfant, dit l'Auteur,le moi n'est pas encore formé, les co-êtres seuls sentent et agissent : le font-ils simultanément ? Mais on n'a jamais rien observé chez l'enfant qui permît d'affirmer que chez lui, comme chez certains hypnotisés, les états de conscience s'intègrassent en deux séries parallèles. Le font-ils alternativement ? Mais on n'a jamais non plus rien observé qui rappelât l'alternance d'un état prime et d'un état second. La communication des sensations d'un co-être à l'autre,mentionnée plusieurs fois par l'Auteur ne peut pas résoudre la difficulté : deux personnes qui communiquent par téléphone gardent bien chacune leur existence propre.

Chez l'adulte,la conscience du co-être ne peut pas être confondue avec celle du moi, en être, par exemple, le degré inférieur, représenter la conscience spontanée ou élémentaire de la personne : en effet, elle a une existence inpendante, dit l'Auteur, qui d'ailleurs,à plusieurs reprises a repoussé la « subconscience » (p. 32) ; elle préexistait au moi. On ne peut dire non plus qu'elle forme celle du moi à un moment donné ; tout au moins elle en reste distincte, puisque le moi l'interroge et peut repousser ses impulsions. Or on a vu que l'Auteur proclame l'unité de la conscience : c'est du reste la donnée fondamentale de l'observation interne. En admettant même que le moi communique avec les co.êtres,on ne peut dire qu'il connaisse leur conscience, ou plutôt leurs actes, qu'il rende lui-même ces

actes conscients : il n'en connaîtrait que les manifestations lorsqu'elles impressionneraient sa conscience propre. Différente de celle du moi, inconnue de la psychologie, la conscience du co-être se connaîtrait-elle elle-même en d'autres termes, pourrait-elle connaître le monde extérieur, connaître une modification quelconque produite en elle par celui-ci ? Le seul cas qui permettrait d'envisager cette possibilité est celui où la conscience du moi serait fermée, puisque l'observation interne affirme comme constante l'unité de la conscience. Or, ce cas n'existe pas : une intégration, un système d'états de conscience peut se manifester seul, avons-nous vu, en cas de synthèse antérieure insuffisante ; ces manifestations peuvent même être telles que le sujet ait oublié sa personnalité habituelle, et telles aussi que leur réintégration avec les états de conscience antérieurs soit à jamais impossible. Mais on a vu que ces faits, clairement expliqués par la psychologie classique, sont absolument incompatibles avec le duplicisme. Il en est de même pour ceux de « double conscience » simultanée.

Donc en aucun cas, la conscience qui est en scène n'est celle du co-être. Du reste, dans les faits pris comme preuve par l'Auteur, n'y a-t-il pas manifestation de facultés qu'il refuse au co-être, et ne convient-il pas lui-même ainsi que l'individu qui agit (en un seul sens ou en deux) manifeste la conscience du moi.

Inconnue de tout ce qui peut connaître, car elle ne se manifeste jamais, même d'après les prémisses de l'Auteur, la conscience du co-être ne se connaît pas elle-même, car tout ce qui pourrait être de son domaine, d'après le duplicisme, est connu par le moi et ne l'est qu'une fois; elle n'existe donc pas, car on ne peut pas dire que, sans se connaître elle-même, elle connaisse quelque chose.

Reste donc à admettre que les actes des co-êtres sont inconscients, donc sans équivalent psychique en tant qu'actes des co-êtres, et qu'ils ne sont connus que par le moi : mais ces deux propositions, également contraires au duplicisme, sont également vraies, et tenues depuis longtemps pour telles, suivant qu'on les applique aux réflexes inconscients ou aux actes conscients.

3° Il est donc, croyons-nous, inutile de discuter les *at-*

tributs proprement dits des coêtres : ces attributs sont très nombreux puisqu'il manque « seulement le pouvoir de se contrôler, de se diriger et de découvrir » (p. 57). Chaque co-être « est en son privé doué d'une sensibilité exquise, d'une plus ou moins grande intelligence, d'une plus ou moins énergique volonté » (p. 56). Bref, « chacune de nos facultés présente une forme inférieure correspondant à la vie psychique de l'individu, du coêtre, et une forme supérieure correspondant à la vie psychique de l'être complet, de la personne humaine » (p. 65). Sous le couvert de Leibniz « une *Sensibilité* rudimentaire et une *Mémoire* sommaire » s'opposent à « la Sensibilité supérieure qui raisonne et précise ses sensations et à une Mémoire supérieure [celles du Moi] qui classe et burine ses archives » (p. 62). Pourtant nous lisons ailleurs : « Chacun de ces deux co-êtres dissociés vit sur un fond de notions ,d'habitudes, de règles de conduite... » (p. 56) « il garde mémoire des dangers à éviter et des moyens qu'il avait l'habitude d'employer. Il a des désirs et n'a pas oublié les pratiques par lesquelles il les satisfait » (p. 92). Quant au Moi, qui a maintenant des sensations et des perceptions propres, il sera présenté plus tard comme un « produit » de l'activité des co-êtres et sera réduit petit à petit à la Raison et à la Volonté libre.

Les « parties insensibles de nos *perceptions* sensibles », les perceptions « trop petites pour être remarquées » dont Leibniz fait « un tableau exact dans ses peintures, mais si insuffisant dans ses explications » (p. 63) deviennent la propriété des co-êtres.Mais, maintenant, leur *activité* est « obscure, plutôt passive, c'est-à-dire faible en tant qu'activité réagissante... Celle de l'Etre complet... est énergique, consciente et raisonnable. *L'une et l'autre sont intérieures car comment concevrais-je une sensation qui ne serait pas en moi* ? » (p. 68). Et « du fait indéniable de la coexistence en nous de *deux activités*, la théorie dupliciste peut seule donner une satisfaisante explication » (p. 68). Le philosophe, en effet (Fouillée),auquel est empruntée la distinction des deux activités, n'a fourni sur ce sujet qu' « une argumentation imprécise ». A un autre (M. Ribot) est empruntée la distinction classique de l'*attention* spontanée et de l'attention volontaire, mais la théorie

dupliste dit, «plus simplement», que la première est celle du co-être,la seconde « celle que l'Etre complet a directement exercée » (p. 70). Suivent de longues citations, empruntées à Laromiguière, Maine de Biran, Diderot, Ribot, en plusieurs points mal interprétées, sur l'*abstraction* sensorielle, propriété du co-être,opposée à la *généralisation* maintenant réservée au seul Moi ; sur l'*imagination* et enfin la *volonté*.Mais dans tout ce long chapitre, l'Auteur perd de vue le dualisme longitudinal et ne songe qu'au dualisme transversal : il se demande si leur assimilation est légitime (p. 78) et,quoiqu'il n'ait pas une seule fois pensé à montrer le jeu indépendant des deux co-êtres dans les nombreux faits qu'il a passés en revue,il répond, suivant sa coutume, en affirmant simplement ce qu'il fallait démontrer : « L'assimilation est légitime, sous réserve d'une explication : c'est que dans l'ordre physiologique comme dans l'ordre psychologique, il y a en réalité deux dualismes qui se superposent » (p. 78). Il rappelle un exemple pris dans l'hypnologie : « Dans l'ordre psychologique, *il semble bien* qu'il y ait même dualité de dualismes.Le sujet hypnotisé qui rit à droite et pleure à gauche... » (p. 79). Mais la confusion commise est si bien établie que l'Auteur reproche aux « psychologues » qui ont vu le dualisme longitudinal « dans notre corps, sur la table d'autopsie où leurs mains pouvaient le palper où leur scalpel pouvait le rendre plus manifeste encore » (p. 81),de n'avoir pas vu le dualisme transversal pourtant constaté par eux-mêmes dans les phénomènes de l'esprit, aveuglés par un préjugé, « le concept mystique et absolu de l'unité de l'âme[!]..., ils ont accumulé les subtilités pour expliquer, sans y parvenir..., comment,dans l'âme une, pouvaient exister des instincts contradictoires, comment dans l'âme homogène pouvaient exister des *compartiments* et des antagonismes » (p. 81).

On a pu remarquer que la hiérarchisation imposée par l'Auteur aux faits psychologiques n'a pas pour tous la même valeur et que l'attribution des seuls degrés inférieurs à des êtres capables de juger, de comparer, de délibérer, est souvent arbitraire et jamais justifiée ; on a remarqué aussi combien varie, suivant les besoins du moment, la capacité des co-êtres. On se demandera sans doute ce que

peut devenir leur indépendance réciproque, leur conscience propre, dans cette compénétration du moi et d'eux-mêmes et si cette compénétration, cette continuité parfaite n'est pas à elle seule une négation de la biindividualité, puisque une conscience unique préside en réalité à l'exercice des facultés du moi et des deux co-êtres.

Nous avons déjà vu que le seul attribut des co-êtres qui ne fût pas contradictoire avec les prémisses posées par l'Auteur consistait dans des *tendances inconscientes*. Arrêtons-nous pourtant sur trois de leurs attributs, la *raison*, l'*imagination* et le *désir*, qui ont quelque rapport avec ces tendances.

Les co-êtres n'avaient tout à l'heure qu'une mémoire « rudimentaire» et pourtant ils enregistraient toutes leurs expériences. Ils sont voués au fatum, soumis humblement à leurs impulsions, mais capables de «saisir les rapports qui unissent les objets entre eux, les idées entre elles...» (p. 56) Bien, plus ils possèdent un certain degré de raison directrice : «Sous l'influence des motifs... pour éviter l'incoordination d'activité..., ils font entrer en conférence leur respective faculté de raison. Les deux raisons individuelles... s'accordent... » (p. 106); elles envisagent les conséquences lointaines de l'acte en question, « prendront connaissance du milieu et de la manière dont il serait influencé par la résolution à prendre » (p. 106). On a peine à croire que dans tout ce passage il s'agisse réellement des coêtres et de l'état normal. Il en est pourtant ainsi. La conscience serait-elle alors double ? Non ; on peut rapprocher ce passage de celui, déjà cité, où l'Auteur voit dans la délibération, l'hésitation sur une détermination à prendre, un fait bien connu, mais inexpliqué avant lui, inexplicable pour qui n'y voit pas l'effet d'une double individualité ; les deux consciences individuelles se fondraient en une seule ! Mais pendant ce temps, que fait, que devient le moi ? A-t-il connaissance des faits de conscience des co-êtres ? Oui, puisqu'après la manifestation des raisons des co-êtres, «interviendra la décision rendue, elle, au nom de la Personne humaine.» (p. 107). Voilà donc que les trois consciences n'en feraient maintenant plus qu'une ; voilà le rôle des co-êtres au moins aussi complexe et aussi élevé que celui du moi et confondu avec lui jusqu'à être indiscernable.

A côté d'une raison si prudente, l'*imagination* des co-êtres « est purement passive et reproduit au hasard »(p. 75). L'Auteur adopte à ce propos la distinction habituelle, présentée par Maine de Biran, entre les deux formes de cette faculté, passive ou reproductrice, et active ou constructrice. Pourtant, cette distinction est basée sur ce que « l'être sentant obéit à des lois d'association ou d'agrégation

qu'il ne fait pas et ne peut connaître. » (p. 72). L'être sentant — opposé à l'être intelligent— est ici le co-être, le coêtre ici purement passif, et qui tout à l'heure était capable de raisonner, de délibérer et de prévoir ! D'autre part, Maine de Biran remarque que « le principe de l'unité qui caractérise toutes les combinaisons de l'inligence ne réside point dans notre nature sensible » (p. 74). L'auteur dit un peu plus loin : «Ce n'est que par notre intelligence [le Moi] que se réalise le Un dans le multiple » (p. 75). Mais pourquoi les co êtres ne manifesteraient-ils jamais dans leur imagination leur persistante activité ? Ne le font-ils pas quand ils essayent de prévoir les conséquences d'un acte ? Ne se montrent-ils pas alors capables de suivre un plan, et, au milieu des motifs qui les poussent et de leurs nombreux souvenirs, de réaliser le Un dans le Multiple ? Pourquoi donc les réduire « aux agrégations fortuites des songes » (p. 74) et à d'autres constructions semblables ?

L'Auteur de la préface voit aussi dans le rêve un effet de l'absence du « contrôle de la conscience raisonnante, de la conscience supérieure, la mentalité (*sic*) des deux co-êtres restant dès lors abandonnée sans frein à une activité déréglée. » (p. XV). La psychologie classique explique facilement le rêve en admettant que la fatigue produisant le sommeil supprime progressivement les sensations, puis le fonctionnement du cerveau sur les données fournies par les sens, c'est-à-dire la comparaison, le jugement, le contrôle et le choix : les associations se font alors au hasard, guidées. mais non contrôlées, par celles d'entre elles qu'ont favorisées les souvenirs de la veille et par celles que créent les sensations subsistantes, la plupart d'origine interne. Ce n'est pas par « le défaut de contrôle des organes des sens » qu'on explique l'incohérence du rêve, mais par le défaut de contrôle par les souvenirs complexes qui guident l'entendement à l'état de veille. Si dans le rêve « les coêtres sont abandonnés sans frein à leur activité déréglée », pourquoi cette activité ne se manifeste-t-elle que par l'évocation, coordonnée ou incohérente, peu importe, de sensations antérieures ? Pourquoi les sensations et perceptions sont elles supprimées ou très amoindries alors qu'elles constituent leurs propriété ? Pourquoi l'activité des coêtres est-elle toujours déréglée? On a vu qu'elle est loin de l'être quand ils sont seuls en scène, soit chez l'hypnotisé, soit chez l'enfant. Bref, pourquoi le sommeil porterait-il son effet, d'une part sur l'organisme, d'autre part sur le moi, en respectant leur intermédiaire nécessaire, les co-êtres ? Il semble au contraire que, si le duplicisme était vrai. si le sommeil pouvait dissocier le moi et les co-êtres, ceux-ci, plus actifs matériellement, exposés à la fatigue, devraient tomber dans l'assoupissement, tandis que le moi conserverait, au moins pendant longtemps encore, la meilleure part de son activité. Toutes ces difficultés disparaissent si on supprime la séparation du moi et des co-êtres pour considérer toute la

vie psychologique comme profondément une. D'ailleurs, les souvenirs mis en jeu dans le rêve concernent aussi souvent la vie du moi que celle du coêtre. Enfin, les rêves où la personne paraît dédoublée en deux individus qui s'opposent l'un à l'autre, « par les impulsions qu'elles excitent ou les discussions qu'elles soulèvent » comme il est dit (p. XIV) à propos des hallucinations hypnagogiques, démontrent particulièrement combien la conscience ne peut comprendre d'états divers : le dormeur, en effet, constate l'opposition, qui fait la caractéristique de ce genre de rêves ; il n'en voit pas, il est vrai, l'absurdité, puisqu'il ne se rend pas compte qu'il constate, mais, au moment où il assiste à l'acte d'un des personnages, il garde souvenir de l'acte de l'autre : ou bien, s'il voit les deux actes à la fois, il les embrasse tous deux dans sa conscience : le duplicisme longitudinal n'a rien à voir ici : dira-t-on que les personnages vus en rêve sont conscients ? Si, au contraire, le moi *se* voit en rêve réellement dédoublé, il a conscience du dédoublement, et, par cela même, de son unité.

L'Auteur refuse la *volonté* aux co-êtres ; l'hypnotisé chez qui une volition se manifeste aurait donc laissé accaparer par un co-être la volonté du moi. Mais l'Auteur est ici formel : « le co-être a des impulsions dont il prend conscience, qui deviennent en lui des désirs et actionnent la volonté » (p. 56) ; il n'est « susceptible que de désirs, d'inclinations, d'instincts et de passions » (p. 76). (On sait que les Rotifères sont bien mieux partagés !). Tout cela s'accorde assez bien avec les « tendances » dont nous avons déjà parlé, mais puisque l'Auteur attribue aux co-êtres des désirs et des impulsions, il ne peut leur refuser le sentiment — naturellement illusoire — de la liberté. En effet, ils agissent par impulsion, mais aussi « sous l'influence de motifs » (p. 106). Leur mémoire entre donc en jeu dans les préliminaires de leurs actes; or l'essence de la mémoire est de ne pas représenter à l'esprit toutes ses conditions passées ; les coêtres ne connaîtraient donc que quelques unes des causes qui le font agir, causes d'aspect assez caractérisé pour avoir l'apparence de motifs, ils croiraient donc se déterminer librement, et devraient ainsi forcément et tout comme le moi, avoir l'illusion du libre arbitre, illusion d'ailleurs compatible avec l'obéissance à une impulsion.

Admettons, avec certains passages, que c'est le moi qui décide ; le sentiment de liberté des coêtres à largement sa place « dans la conférence où ils font entrer leur respective faculté de Raison » p. 106. L'opposition du coêtre au monde extérieur serait moins tranchée, moins vive que celle du moi mais n'en différerait pas essentiellement, de même que le réflexe instantané ne diffère pas essentiellement de la volition la plus longtemps différée.

Les citations rapportées dans cet article montrent dans quelle imprécision, probablement involontaire, l'Auteur a laissé la partie

capitale de sa thèse : la part de l'individu double, c'est-à-dire des deux consciences coexistantes différant par leur contenu, dans les diverses phases de la vie psychique : chez l'animal, où le moi n'existe pas, chez l'enfant où il est longtemps rudimentaire, chez l'adulte surtout, où la question devient particulièrement pressante : dans les actes, tels que la délibération, ou co-êtres et Moi sont à la fois en scène, quels sont les rapports de ces trois consciences ? Le problème n'est même pas posé. Dans les états pathologiques où le Moi ne se manifeste, pas ce que d'ailleurs le duplicisme n'a pas songé à expliquer. quels sont les rapports des deux consciences en présence ? Comment les co-êtres peuvent-ils acquérir des qualités complexes, attributs ordinaires de la personnalité alors disparue ? Comment l'un deux parvient-il essentiellement à gouverner l'homme entier en lui laissant ou en lui retirant l'habitus de l'homme normal ? Loin d'éclaircir ces difficultés, l'apparition du Moi va mettre en relief l'absurdité du système qui les a créées.

(*A suivre*).

LÉGISLATION.

Les garanties de la liberté individuelle dans la loi de 1838 et dans la nouvelle loi adoptée par la Chambre des Députés ;

PAR M. CH. AZÉMAR,
Interne de la Maison de Santé de Picpus.

La Chambre des Députés vient de voter la proposition de loi de M. Dubief sur le régime des aliénés, destinée à remplacer les dispositions de la loi du 30 juin 1838.

Depuis plus de trente ans, à plusieurs reprises, les rapports ont été faits au Parlement par des hommes éminents et même le Sénat a voté un projet en 1886. Tous ceux qui s'occupent de cette question connaissent les rapports successifs de Gambetta et Magirin (1870), de Th. Roussel, (1872), de Bourneville (1889 et 1890), de Lafont et Reinach (1893).

Le point de départ commun de toutes ces tentatives de réforme est l'idée de donner des garanties plus efficaces à la liberté individuelle, qui serait insuffisamment protégée par la loi de 1838. Dans la discussion qui vient de se

développer à la Chambre, la même préoccupation de la garantie de la liberté individuelle a dominé le débat. Il nous a paru intéressant de comparer les garanties contre des séquestrations arbitraires que donnent l'ancien et le nouveau texte.

Voyons d'abord de quelle manière fonctionne la loi du 30 juin 1838 ; 1° dans le cas d'un internement à la suite duquel aucune réclamation ne se produit, 2° à la suite de protestations des malades ou des tiers.

Nous supposerons dans les deux cas qu'il s'agit d'un placement volontaire dans un asile privé, un de ceux à propos desquels, M. Cruppi, dans la discussion disait : « Nous n'avons pas voulu aller jusque là (à la suppression de ces asiles)bien que nous n'ignorions pas que la plupart des incidents douloureux et des cas de séquestrations arbitraires, se produisent dans les établissements de cette nature. » (1).

I. — *Mécanisme normal de la loi.* — On constate dans une famille un changement de l'état mental d'une personne, on s'inquiète autour d'elle, le médecin de la famille est consulté, souvent il demande l'avis d'un spécialiste, trop souvent aussi la famille hésite, ne se décide à conduire le malade dans une Maison de santé, qu'après beaucoup de retards, d'essais de « séjour à la campagne », d'un « « voyage en Suisse, en général, on ne prend de décision qu'après un fait grave qui a donné de l'inquiétude. Le médecin délivre un certificat, et sur la présentation de cette pièce et d'une demande d'admission signée par un membre de la famille ou un ami, le directeur de l'asile reçoit le malade après avoir constaté son identité et celle de la personne qui a signé la demande d'admission. Le certificat doit avoir moins de quinze jours de date et le signataire ne doit être parent ni du directeur de l'établissement, ni de la personne qui a signé la demande. Dès son arrivée, le malade est examiné, interrogé par le médecin de l'établissement et dans les 24 heures de l'entrée, ce dernier est tenu de transmettre au Préfet du Département la copie de la demande d'admission, du certificat médical d'entrée, accompagnés d'un nouveau certificat

(1) Journ. off. Ch. de Dép., 17 janv. 07, p. 53, col. 2.

où il relate les constatations qu'il vient de faire sur l'état du malade (art. 8).

Dans les trois jours de l'entrée, le malade est de nouveau examiné par un médecin inspecteur, commis à cet effet par le Préfet qui peut lui adjoindre telle personne qu'il désignera. L'Inspecteur rédige un rapport où il constate l'état du malade et conclut à son maintien ou à sa sortie (art. 9). Dans les mêmes délais,le Préfet doit transmettre toutes ces pièces au Procureur de la République du domicile du malade et au Procureur de l'arrondissement de la situation de l'établissement. A la suite de ces rapports,une enquête (pas toujours discrète) est faite pour constater les circonstances qui ont accompagné le placement du malade, se renseigner sur sa situation de fortune et celle de ses proches (art. 10). Enfin quinze jours après,le médecin de l'établissement rédige et envoie un nouveau certificat où il consigne l'observation du malade et où il conclut au maintien ou à la sortie.

Telles sont les premières formalités, il y a donc *trois* médecins au moins qui examinent le malade, jugent son état, et doivent conclure d'une manière identique au maintien de l'aliéné. Il faudrait donc pour réaliser un attentat à la liberté individuelle qu'il y ait complicité entre la famille et ces trois médecins. Si deux d'entre eux peuvent être soupconnés, le médecin familial de complaisance, le médecin de l'établissement d'intérêt à avoir un nouveau pensionnaire, le troisiéme médecin fonctionnaire de l'administration, sera en dehors de ces soupçons et rien n'aura à le détourner de son devoir ; nous laissons de côté l'intérêt supérieur du médecin de l'établissement,de ne pas discréditer sa maison par des discussions publiques possibles qui peuvent, pour un seul pensionnaire, lui en faire perdre beaucoup d'autres. Mais les garanties du malade ne se bornent pas là, ultérieurement son internement sera soumis au contrôle du Préfet et des personnes désignées par lui ou le Ministre de l'Intérieur, du Président du Tribunal, du Procureur de la République, du juge de paix, du maire de la commune, dans le cas particulier où nous nous sommes mis, la visite du Procureur est obligatoire au moins une fois par trimestre (art. 4). Ces personnes doivent laisser une tra-

ce de leur passage par le *visa* du registre d'Inscription des malades, qui doit leur être présenté (art. 12). De plus, le médecin doit noter, au moins tous le mois, sur ce registre, l'évolution de l'état mental, les incidents de la maladie, suivre en un mot, l'observation complète de l'aliéné (art. 12).

Dans le premier mois de chaque semestre, le médecin de l'établissement doit adresser au Préfet un rapport individuel sur tous les malades présents et le Préfet statuera sur leur maintien ou sur leur sortie. (art. 12.)

II. — Supposons que le malade réclame contre la mesure prise à son égard, que des amis, ou des tiers protestent contre son internement. Le malade poura écrire aux autorités administratives,se pourvoir auprès du tribunal qui peut ordonner sa sortie immédiate sur simple requête en Chambre du Conseil,sans délais et sans motifs. Les réclamations des malades ne peuvent être retenues (art. 29) sous conditions de pénalités (art. 41).

Dans la réalité à la suite de ces réclamations les tribunaux envoient soit un représentant du Parquet, soit un médecin expert qui interrogent le malade, étudient son dossier, consultent les notes mensuelles et peuvent conclure à la sortie du malade en dehors de toute intervention administrative.Des tiers peuvent intervenir et provoquer les mêmes examens et les mêmes sanctions.

Malgré l'avis du médecin et quoique non guéri un malade peut sortir sur la demande du curateur, de l'époux, des ascendants, des descendants. S'il existe un désaccord dans la famille,le malade peut sortir sur avis du conseil de famille, même si une opposition est faite par un des ayant droit. (art. 14.)

Examinons maintenant quelles seront les formalités qui accompagneront un internement d'après les dispositions nouvelles votées par la Chambre. Nous retrouverons, avec les constatations d'identité, la demande d'admission, qui devra être visée par le juge de paix, le maire ou le commissaire de police. Le certificat médical a changé de nom,il s'appelle maintenant *rapport* au Procureur de la République,il doit dater de 8 jours au plus et la date de la dernière visite faite au malade par le signataire doit être notifiée au juge de paix ou au maire.Ce rapport ne

peut être rédigé par un parent du directeur de l'établissement ou de la personne qui a signé la demande d'admission (art. 14).

Dans les 24 heures, les pièces ci-dessus accompagnées d'un certificat dit de 24 heures, doivent être transmises au Préfet, au Procureur de la République du domicile du malade et au Procureur du Tribunal de la situation de l'établissement. Quinze jours après, un nouveau certificat doit être transmis aux mêmes personnes. Dans les trois jours de l'entrée, le malade est vu par un médecin-inspecteur commis par l'administration (art. 18).

A ce moment le Procureur adresse des réquisitions écrites au Président du Tribunal de la situation de l'établissement qui statue sur simple ordonnance ou en chambre du Conseil, s'il y a opposition du malade, du conjoint, d'un membre de la famille ou d'un ami. Le tribunal peut demander une expertise contradictoire ; sa décision est sujette à l'appel (art. 19). Les dispositions concernant les visites du Préfet, du Procureur, du Président du Tribunal etc, sont à peu de chose près, les mêmes que dans la loi ancienne, les réclamations des malades et des tiers sont instruites identiquement.

Voilà donc en présence les deux systèmes, cherchons quelles nouvelles garanties, la loi votée par la Chambre, offre aux aliénés. Ce ne seront pas les visas de la demande la réduction de la durée de validité du certifiat, ce sont là choses minimes. M. Cruppi en a énuméré d'autres dans la discussion de l'article 18.

« Nous avons organisé des garanties . Le rapport cir-
« constancié qui doit être à l'origine de la demande,
« quand il s'agit d'un placement privé, et qui est signé
« par un médecin, le rapport qui doit être rédigé dans les
« vingt-quatre heures et signé par le médecin de l'établis-
« sement, le rapport de quinzaine signé par le médecin de
« l'établissement et le rapport dressé dans les trois jours
« et signé par le médecin du Préfet, *tout ce dossier que nous*
« *avons organisé et qui constitue les garanties nouvelles de la*
« *loi* doit être transmis à ceux qui sont responsables de
« l'internement, qui ont à statuer sur l'internement, au
« préfet qui l'a provoqué, peut-être, au Procureur de la
« République, qui doit l'examiner et faire sortir le malade

« s'il y a lieu, au Président du Tribunal qui statuera par « ordonnance sur le maintien ou la sortie ». (1).

Il est assez extraordinaire d'entendre un juriste de la valeur du Président de la Commission qui a examiné le projet, prononcer de telles paroles. *Ce dossier dont il revendique l'organisation, existait avec la loi de* 1838, il était transmis aux mêmes personnes. On n'y ajoute pas une pièce nouvelle et même la Commission avait oublié ce qui est, à notre avis, la pièce essentielle, nous voulons parler du rapport fait par le médecin inspecteur dans les trois jours de l'entrée. On n'en trouve pas trace dans le texte proposé par la Commission et le paragraphe qui concerne ce rapport a été ajouté au moment de la discussion, sur la demande du Commissaire du Gouvernement (1) (2). En réalité la modification essentielle de la loi tient dans l'intervention du pouvoir judiciaire qui remplace le pouvoir administratif dans l'internement définitif du malade.

Nous ne reproduirons pas ici les longues discussions théoriques qui ont été développées dans les sociétés savantes et dans les journaux spéciaux sur la nécessité de remettre aux magistrats seuls le droit de priver de sa liberté un membre de la société. Cette question a été longuement controversée, tous les arguments ont été donnés de part et d'autre pour soutenir ou réfuter ce principe.

En dernière analyse, et tout le monde est d'accord sur ce point, le dernier mot dans la question doit revenir aux *médecins* puisqu'il s'agit ici de *malades*. Ce sont les médecins seuls qui peuvent apprécier le danger qu'il y a pour la société ou pour l'aliéné de laisser les malades en liberté, eux seuls peuvent conclure à la nécessité de l'internement La décision, qu'elle émane de l'autorité administrative ou de l'autorité judiciaire ne devrait être que l'entérinement des conclusions médicales. C'est donc sur l'internement définitif prononcé par le Tribunal que porte le principe de la nouvelle loi et que résident les garanties nouvelles qu'on a voulu offrir aux malades.

Mais ne retrouvons-nous pas dans la loi de 1838 la même intervention du pouvoir judiciaire, qui se manifeste dès qu'une réclamation est formulée par un malade ?

(1) *Journ. off.* Ch. de Dép. 17 janvier 07 p. 65 col. 3.
(2) *Journ. Of.* Ch. de Dép. 17 janvier, 07 p. 65 col. 2.

N'est-ce pas au pouvoir judiciaire qu'appartient la décision de mettre en liberté un malade réclamant malgré l'avis du Préfet et du médecin ? Les dispositions de la loi du 30 juin 1838 que nous avons rapportées plus haut ne laissent aucun doute à cet égard. Le parquet est saisi de l'internement dans tous les cas et il a le droit de poursuivre d'office, même sans que le malade se plaigne.

Il ne reste plus au bénéfice de la nouvelle loi que l'expertise contradictoire et le droit pour l'aliéné d'en appeler de la décision du Tribunal. Ce sont là deux progrès très manifestes certainement, surtout en ce qui concerne le principe de l'expertise contradictoire,principe nouveau dont la création honore ceux qui cherchent à l'introduire dans toutes les discussions judiciaires ou administratives.

Ces progrès seuls se justifient par les amères critiques que la loi de 1838 a suscitéesde toutes parts.Elle a trouvé bien peu de défenseurs et personne au Parlement n'est venu lui apporter les éloges que méritent ses dispositions si complètes et si judicieuses, à tel point qu'elle a servi de modèle à toutes les législations créées en Europe sur la matière après sa promulgation. La loi du 30 juin 1838 a été étudiée par un Parlement où les maîtres de la philosophie du XIX[e] siècle avaient une voix autorisée. C'est une des meilleures lois d'assistance qui aient été faites et elle a donné des garanties qu'il est bien difficile de rendre plus complètes.

Nous ne voulons pas dire qu'elle ne soit pas perfectible.L'évolution de la société comporte de nouvelles dispositions basées sur des besoins nouveaux et sur des situations différentes. Il y a dans le texte proposé par la Chambre de nombreuses choses nouvelles et excellentes : la nécessité reconnue de *soigner* davantage les aliénés en augmentant le nombre des médecins des asiles, et en enlevant à ces nouveaux hôpitaux de traitement les séniles et les déments qui trouvent mieux leur place dans les colonies rurales ou dans le placement familial ; une compréhension plus moderne et plus complète du rôle de l'administrateur provisoire qui devient toujours obligatoire : l'obligation aussi de la nomination du curateur à la personne; le statut des aliénés dits criminels,des alcooliques, ce qu'on a appelé l'auto-placement (art. 16) etc... Mais

toutes les entraves qu'on mettra au placement des malades sous le prétexte d'une protection plus efficace de la liberté individuelle, iront à l'encontre des vues du législateur qui veut que l'aliéné soit plus complètement et surtout plus promptement traité.

Qu'on multiplie les examens, les inspections, le contrôle *après l'entrée* des malades dans les asiles, mais que les portes soient largement ouvertes pour l'admission, qu'un traitement prématuré soit facile à instituer et le résultat sera certainement meilleur pour les malades et pour la société. Ce ne seront pas d'ailleurs toutes les nouvelles mesures d'intervention judiciaire, d'expertise contradictoire d'appel, qui empêcheront certains malades de protester contre leur séquestration. Les persécutés, les raisonnants, dont les facultés intellectuelles n'ont pas baissé, qui restent capables d'écrire correctement leurs réclamations, d'exposer leurs récriminations avec la logique outrancière qui les caractérise continueront à assiéger les tribunaux de leurs plaintes, à provoquer dans les journaux des polémiques retentissantes qui jetteront l'émoi dans l'opinion publique et amèneront de nouvelles discussions sur la liberté individuelle.

Ce ne sont pas l'expertise contradictoireni l'appel à des juges supérieurs, qui arriveront à convaincre un quérulant de l'inanité de ses revendications et mettront obstacle aux réactions souvent terribles que provoquent les dénis de justice dont il se croient les victimes. Le fait de protester, de se plaindre est pourrait-on dire, un symptôme de leur maladie, ces malades protestent comme un bronchiteux tousse. Et malgré les exemples trop nombreux que donne la rubrique des crimes commis par les aliénés en liberté, ces malades impressionneront ceux qui leur servent de porte-parole dans la Presse et dans les Parlements et il nous revient à l'esprit une intéressante observation de la thèse de Raoul Leroy (1) où à propos de l'internement d'une malade qui se disait la fille d'une grande tragédienne et de l'héritier d'une couronne royale et qui poursuivait ses prétendus parents de réclamations incessantes, l'auteur raconte qu'il faillit y avoir,

(1) Th. Paris 1896. Les persécutés-persécuteurs, p. 38.

après des polémiques passionnées, une interpellation à la chambre des Députés.

Proposition de loi sur les aliénés.

(Suite.)

SECTION II. — *De la surveillance des aliénés.*

ART. 10. — Le préfet du département est tenu de visiter, une fois au moins chaque semestre, les établissements publics ou privés situés dans le département. Le procureur de la République de l'arrondissement dans lequel un ou plusieurs établissements d'aliénés sont situés est tenu de visiter ces établissements une fois au moins chaque semestre. Les personnes spécialement déléguées à cet effet par le ministre de l'Intérieur ou le préfet, le président du tribunal de l'arrondissement, le juge de paix du canton, le maire de la commune où est situé l'établissement public ou privé d'aliénés peuvent visiter le dit établissement lorsqu'ils le jugent convenable. Ils reçoivent les réclamations des personnes qui y sont placées et prennent à leur égard tous les renseignements propres à faire connaître leur position.

ART. 11. — Un décret du Président de la République, délibéré en Conseil d'Etat et rendu dans le délai d'un an, à partir de la promulgation de la présente loi, règlera l'organisme et le fonctionnement,ainsi que le cadre du personnel et les conditions du recrutement de l'inspection générale du service des aliénés. Les inspecteurs généraux sont nommés à la suite d'un concours sur titres dont le ministre de l'Intérieur détermine les conditions. Sont admis à concourir : les membres de l'Académie de médecine, les professeurs et agrégés des facultés de médecine, les docteurs en médecine ayant rempli pendant cinq ans au moins les fonctions de directeur, de directeur-médecin ou de médecin en chef d'un asile d'aliénés ou des quartiers d'hospices, les docteurs en médecine qui, s'étant distingués par leur enseignement ou leurs écrits sur les maladies mentales, seraient l'objet d'une présentation du Conseil supérieur.

Chacun des établissements publics ou privés d'aliénés est visité, au moins une fois chaque année, par un des inspecteurs généraux. Dans leurs tournées annuelles, qui doivent comprendre tous les départements, les inspecteurs généraux s'assurent de la bonne exécution des lois et règlements relatifs aux aliénés et de la bonne tenue des archives du service des aliénés.

ART. 12. — Le Conseil supérieur de l'Assistance publique, dont

feront partie de droit les inspecteurs généraux des services d'aliénés, reçoit du ministre de l'Intérieur communication de tous documents et rapports ; il donne son avis sur les règlements particuliers, sur les plans et projets de construction générale ou partielle des asiles, sur les traités passés par les départements pour le traitement de leurs aliénés indigents, sur les tarifs des prix de journée des aliénés, sur les autorisations à accorder aux asiles privés, et sur toutes les mesures propres à assurer l'exécution des lois et règlements concernant le service des aliénés ; il reçoit chaque année du ministre de l'Intérieur communication du rapport général qui sera présenté par le ministre, publié au *Journal officiel* et distribué aux Chambres.

TITRE II. — **Des placements faits dans les établissements d'aliénés.** — SECTION PREMIERE. *Des placements faits sur la demande des particuliers.*

ART. 13. — Les chefs responsables des asiles publics et privés consacrés aux aliénés ne peuvent recevoir une personne présentée comme atteinte d'aliénation mentale s'il leur est remis :

1° Une demande d'admission contenant les nom, prénom, profession, âge et domicile tant de la personne qui la forme que de celle dont le placement est réclamé, et l'indication du degré de parenté ou, à défaut, de la nature des relations qui existent entre elles. La demande est écrite et signée par celui qui la forme : elle est visée par le juge de paix, le maire ou le commissaire de police. En cas d'urgence, le visa n'est exigible que dans les quarante-huit heures de l'admission. Si l'auteur de la demande ne sait pas écrire, celle-ci est reçue par le fonctionnaire dont le visa est réclamé, qui en donne acte. Si la demande est formée par le tuteur d'un interdit il doit fournir à l'appui, dans un délai de quinze jours, un extrait du jugement d'interdiction et un extrait de la délibération du conseil de famille prise en vertu de l'article 510 du Code civil ;

2° Un rapport au procureur de la République sur l'état mental de la personne à placer, signé d'un docteur en médecine et dûment légalisé. Ce rapport doit être circonstancié ; il doit indiquer notamment : la date de la dernière visite faite au malade par le signataire, et qui aura été notifiée au juge de paix ou au maire, sans que cette date puisse remonter à plus de huit jours ; les symptômes et les faits observés journellement par le signataire et constituant la preuve de la folie, ainsi que les motifs d'où résulte la nécessité de faire traiter le malade dans un établissement d'aliénés et de l'y tenir enfermé. Ce rapport ne peut être admis s'il a été dressé plus de huit jours avant la remise au chef responsable de l'établissement, s'il est l'œuvre d'un médecin attaché à l'établissement, ou si l'auteur est parent ou allié au second degré inclusivement du chef res-

ponsable, ou du propriétaire de l'établissement, ou des médecins qui y sont attachés, ou de la personne qui fait effectuer le placement, ou de la personne à placer. En cas d'urgence, l'admission peut avoir lieu sur la présentation d'un rapport médical sommaire mais le médecin certificateur doit, dans le délai de deux jours, produire un rapport détaillé, conformément aux dispositions ci-dessus, sous l'une des peines portées à l'article 63 ci-après :

3° L'acte de naissance ou de mariage de la personne à placer ou toute autre pièce propre à établir l'identité de cette personne. Les personnes admises dans les établissement d'aliénés, conformément aux dispositions précédentes, ainsi que les personnes dont le placement aura été ordonné d'office, ne sont internées qu'à titre provisoire, et sont placées en conséquence dans un quartier d'observation spécial ou, à défaut, à l'infirmerie de l'asile et inscrites sur un registre spécial. Elles y sont maintenues autant que les exigences du traitement permettent. Si le médecin, avant la décision de l'autorité judiciaire prévue à l'article 18, les fait passer dans un autre quartier, il doit indiquer la date et les motifs de ce changement sur le registre prescrit par l'article 20 ci-après.

Art. 14. — Lorsque les formalités nécessaires pour le placement d'une personne dans un établissement d'aliénés ont été remplies, si cette personne s'oppose par la force à son transport dans cet établissement, le maire ou le commissaire de police doit être requis, par le demandeur au placement, d'assurer ce transport suivant les prescriptions de l'article 29. En ce cas, le fonctionnaire ainsi requis doit faire procéder à l'exécution du placement, en dresser un procès-verbal et le transmettre dans les vingt-quatre heures au procureur de la République. Si le maire ou le commissaire de police le demande, le transport sera effectué par les soins du personnel des établissements d'aliénés.

Art. 15. — Toute personne majeure qui, ayant conscience de son état d'aliénation mentale, demande à être placée dans un établissement d'aliénés peut y être admise sans les formalités prescrites par l'article 13. Une demande signée par elle et la production d'une pièce propre à constater son identité sont suffisantes. Si elle ne sait pas écrire, la demande est reçue conformément aux prescriptions du paragraphe 3 de l'article 13. La personne ainsi admise est soumise aux prescriptions de l'article 17 ci-après et aux autres dispositions de la présente loi concernant les placements faits sur demande des particuliers.

Art. 16. — Nul ne peut être conduit à l'étranger pour être placé dans un établissement recevant des aliénés, sans que la déclaration en ait été faite, avant le départ, au procureur de la République du domicile du malade ; cette déclaration devra être accompagnée du rapport médical circonstancié prescrit à l'article 13.

Tout Français qui, à l'étranger, provoque le placement d'un Français dans un établissement recevant des aliénés, est tenu de faire, dans le délai d'un mois à partir du placement, la déclaration de ce placement au procureur de la République du dernier domicile en France du malade.

Les dispositions de la présente loi relatives à l'administration des biens sont applicables aux biens des aliénés placés à l'étranger. L'administrateur provisoire du lieu de leur dernier domicile remplit à leur égard ces fonctions, ainsi que le curateur à la personne, de concert avec la Commission de surveillance donc celui-ci fait partie, le tout comme il est prévu aux articles 5 et 44.

Nul étranger conduit en France pour être placé dans un établissement d'aliénés ne peut être admis dans cet établissement sans une demande et sans un certificat médical, légalisés dans son pays d'origine ou par un représentant diplomatique de ce pays en France. Si la demande et le certificat ne sont pas écrits en français, il y est joint une traduction française certifiée conforme.

Dans les trois jours de la notification de ce placement, fait conformément au paragraphe premier de l'article 17 ci-après, le préfet en donne avis au Gouvernement, qui prévient le représentant diplomatique du pays d'origine de la personne placée. Le même avis de placement doit être donné dans le même délai au représentant diplomatique du pays d'origine de tout étranger résidant ou de passage en France, dont l'état d'aliénation aurait exigé le placement, conformément aux termes soit de l'article 13, soit de l'article 26 de la présente loi.

ART. 17. — Dans les vingt-quatre heures qui suivent l'admission de la personne présentée comme atteinte d'aliénation mentale, le directeur de l'établissement public ou privé adresse le bulletin d'entrée du malade, accompagné de la copie de la demande d'admission, de celle du rapport prescrit à l'article 13 et de celle du certificat du médecin de l'établissement, dit certificat de vingt-quatre heures : 1° au préfet du département où l'établissement est situé ; 2° au procureur de la République de l'arrondissement du domicile de la personne placée ; 3° au procureur de la République de l'arrondissement où l'établissement est situé.

Si le placement est fait dans un établissement privé, le préfet, dans les trois jours de la réception du bulletin, chargera un médecin de visiter la personne désignée dans ce bulletin, à l'effet de constater son état mental et d'en faire un rapport sur-le-champ à lui-même et au procureur de la République. — Quinze jours après ce placement, il est adressé au préfet et aux procureurs de la République un certificat circonstancié du médecin de l'établissement. — Ce certificat confirmera ou rectifiera, s'il y a lieu, les observations contenues dans le premier certificat, en indiquant le retour plus ou moins fréquent des accès ou des actes de démence.

Art. 18. — Aussitôt après les formalités prescrites à l'article précédent ,le procureur de la République adresse ses réquisitions écrites, avec le rapport médical d'admission, les rapports médicaux de vingt-quatre heures et de quinzaine du médecin de l'établissement et le rapport du médecin commis par le préfet, s'il y a lieu, au président du tribunal de l'arrondissement où l'établissement est situé.

Le président statue sur la maintenue ou la sortie de la personne placée. Lorsque le président a des doutes, lorsqu'une opposition à l'internement a été formulée par l'aliéné, le conjoint, un membre de la famille, un ami, la décision sera prise par le tribunal, qui statuera d'urgence, en chambre du conseil. Toutes les fois que le tribunal ne croit pas devoir statuer définitivement, il ordonne, sous la réserve de tous autres moyens d'information, une expertise qui sera faite contradictoirement par deux médecins, dont l'un sera désigné par l'aliéné ou son représentant. La décision du tribunal est notifiée sur-le-champ au préfet et au chef responsable de l'établissement.

La minute de l'ordonnance du président, la copie de la décision de la chambre du conseil seront remises au directeur de l'établissement, et elles demeureront annexées au registre prescrit par l'article 20 ci-après. Appel de la décision du tribunal pourra être relevé dans les délais et formes prévus à l'article 9.

Art. 19. — Dans les cas de transfèrement d'un aliéné d'un établissement dans un autre, l'admission de l'aliéné transféré a lieu, après avis médical qu'il n'y a pas d'inconvénient,sur le vu du certificat délivré par le chef responsable de l'établissement d'où provient ce malade et des pièces légales concernant ce dernier ou d'une copie de ces pièces. Le médecin de l'établissement où l'aliéné est transféré fait les certificats de vingt-quatre heures et de quinzaine, et le chef responsable fait les notifications prescrites par l'article 17. L'administration provisoire légale des biens de l'aliéné transféré continuera d'être exercée par la Commission de surveillance du département où cet aliéné a son domicile de secours. Mais les fonctions de curateur seront transmises au curateur institué près l'établissement où il sera transféré.

Art. 20. — Il y a dans chaque établissement un registre coté et paraphé par le maire, sur lequel sont immédiatement inscrits les nom, prénoms,profession, âge, domicile et état civil des personnes qui y sont placées ; la mention du jugement d'interdiction, si elle a été prononcée, et le nom du tuteur, la date de leur placement ; les nom, prénoms, profession et demeure de la personne, parente ou non parente, qui l'aura demandée. Sont également transcrits sur ce registre : 1° la demande d'admission ; 2° le rapport médical prescrit par l'article 13; 3° le certificat de vingt-quatre heures et le

certificat de quinzaine ; 4° la décision du président ou du tribunal civil ou de la Cour. Le médecin est tenu de consigner sur ce registre les changements survenus dans l'état mental de chaque malade, au moins chaque semaine pendant le premier mois de séjour, au moins chaque mois pendant le reste de la première année, et ultérieurement au moins chaque trimestre. Le médecin constate également sur ce registre la date de la sortie et l'état mental au moment où elle a lieu, la date et les causes du décès. Ce registre est exclusivement communiqué aux personnes qui, d'après l'article 10, ont le droit de visiter l'établissement ; après chacune de leurs visites, elles doivent apposer sur le registre, avec la date, leur visa, leur signature et leurs observations s'il y a lieu.

Art. 21. — Toute personne placée dans un établissement d'aliénés en vertu des articles précédents cesse d'y être retenue aussitôt que le médecin de l'établissement a déclaré, sur le registre susénoncé, que la guérison est obtenue ou que la sortie peut être accordée. S'il s'agit d'un mineur ou d'un interdit, il est donné immédiatement avis de la déclaration du médecin aux personnes auxquelles ce mineur ou cet interdit doit être remis, ainsi qu'au procureur de la République.

Art. 22. — Avant même que le médecin ait fait la déclaration prévue à l'article 21, toute personne placée dans un établissement d'aliénés, en vertu des articles précédents, cesse également d'y être retenue dès que la sortie est requise par l'une des personnes ci-après désignées, savoir : 1° Le curateur à la personne de l'aliéné ; 2° Le conjoint ; 3° A défaut du conjoint, les ascendants ; 4° A défaut des ascendants, les descendants ; 5° La personne qui a signé la demande d'admission, à moins qu'un parent n'ait déclaré s'opposer à ce qu'elle use de cette faculté sans l'assentiment du conseil de famille ; 6° Toute personne à ce autorisée par délibération du conseil de famille, homologuée par le tribunal ou, à défaut, autorisée par le tribunal lui-même.

S'il résulte d'une opposition, notifiée au chef de l'établissement par un ayant droit, qu'il y a dissentiment soit entre les ascendants, soit entre les descendants, le conseil de famille décide. Cesse également d'être retenue, si elle le demande, toute personne entrée volontairement et ayant signé elle-même sa demande d'admission. Néanmoins, si le médecin traitant est d'avis que l'état mental du malade pourrait compromettre la sécurité, la décence, la tranquillité publiques, sa propre sûreté ou sa guérison, ou si l'administrateur provisoire est d'avis que la personne qui réclame la sortie n'est pas en situation de lui donner les soins nécessaires, le chef responsable en informe immédiatement le préfet de police dans son ressort et, dans les départements, le préfet ; il informe en même temps le procureur de la République, et il est provisoirement sur-

sis à la sortie. Ce sursis provisoire cesse de plein droit à l'expiration de la quinzaine, si le préfet n'a pas, dans ce temps, donné l'ordre contraire, conformément à l'article 32.

Art. 23. — Dans les vingt-quatre heures de la sortie, les chefs responsables des établissements en donnent avis aux fonctionnaires auxquels la notification du placement a été faite, conformément à l'article 17, et leur font connaître le nom, la résidence des personnes qui ont retiré le malade, son état mental au moment de la sortie et, autant que possible, l'indication du lieu où il a été conduit.

Art. 24. — Le préfet peut toujours, après avoir pris l'avis du médecin traitant, ordonner la sortie des personnes placées dans les établissements d'aliénés. Cet ordre est notifié à la personne qui a signé la demande d'admission, laquelle peut former opposition dans les vingt-quatre heures de la notification. L'opposition est jugée par le tribunal civil en chambre du conseil, l'opposant entendu, s'il y a lieu.

Art. 25. — En aucun cas, l'interdit, ne peut être remis qu'à son tuteur ou à la personne désignée par le conseil de famille, et le mineur qu'à ceux sous l'autorité desquels il est placé par la loi.

(*A suivre.*)

REVUE DE MÉDECINE LÉGALE

IV. — **Alcoolisme, crime et folie** ; par M. W. Bevan Lewis. (*The Journal of mental Science*, avril 1906.)

L'auteur se propose dans ce travail d'étudier quelques points de l'alcoolisme, de noter quelques faits concernant la distribution géographique de l'alcoolisme et de la folie et d'examiner sommairement l'action physiologique de l'alcool sur la formation de la chaleur, et ses effets sur les centres que l'on présume être préposés à la différenciation du sens musculaire.

Alcoolisme et thermogenèse. — Les observations calorimétriques faites sur des animaux (lapin) avec des doses graduées d'alcool ont très nettement montré l'existence de deux périodes, l'une primitive caractérisée par la stimulation des centres vaso-moteurs de la moelle, par la contraction des artérioles et l'augmentation de la pression sanguine, l'autre, secondaire, caractérisée par la paralysie des mêmes centres et l'inhibition par l'intermédiaire du pneumogastrique.

L'intensité et la durée de la première période paraissent être en raison inverse de la dose d'alcool administrée ; et il faut noter qu'il ne s'agit pas ici d'une diminution de décharge thermique, non plus

que d'une rétention thermique, car dans les deux cas il y aurait une augmentation de température, tandis que l'abaissement est net dans tous les cas.

Dans la seconde période (parésie vasculaire et abaissement de la pression sanguine) la décharge thermique a une durée et une intensité proportionnelles à la dose ingérée ; la crise thermique,c'est-à-dire la période du maximum de thermogénie, survient plus tardivement avec des doses fortes, et la prolongation de la décharge thermique totale mérite d'être signalée : ici donc, les conditions thermiques sont inverses,et la thermogenèse est augmentée ; il faut bien en effet qu'il se produise un développement de chaleur considérable, puisque, malgré une décharge thermique importante, la température du corps ne s'abaisse pas.

Avec le chloral, la marche des phénomènes est la même ; seulement ils sont plus accusés. La caféine,elle aussi,stimule énergiquement la formation de la chaleur,mais elle diffère des agents précédents en ce qu'elle en favorise considérablement aussi la rétention.

Diminution du sens musculaire et du temps de réaction. — L'auteur rappelle que, dès 1878, dans le *Brain*, il a émis l'avis qu'il n'y avait pas dans les couches corticales de modifications structurales brusques, et que les éléments frontière de deux territoires se fondaient pour constituer des territoires de transition ; et il indiquait la pariétale ascendante comme une de ces régions de transition. Le territoire qui limite les surfaces frontale et pariétale de l'écorce motrice vraie est un de ceux qui, à en juger par les faits cliniques et anatomo-pathologiques, est facilement atteint dans trois maladies bien définies du système nerveux, l'alcoolisme,la paralysie générale et la folie de l'adolescence, ou si l'on préfère, la démence précoce. Dans ces trois maladies, le sens musculaire est notablement compromis ; mais un point sur lequel il faut insister, c'est que dans tous les cas, durant les premières périodes, alors que la perte du sens musculaire est profonde, on voit subsister un sens très délicat de la température et une sensibilité tactile très affinée. Ce fait donne lieu naturellement à deux déductions : 1° les centres enregistreurs de la différenciation du sens musculaire sont entièrement distincts de ceux qui enregistrent les sensations tactiles et thermiques ; 2° les centres qui reçoivent ces impressions musculaires sont probablement constitués en grande partie par les territoires pré-central,post-central, et de transition de l'écorce dont il a été question, et c'est ainsi qu'il est obvié à la séparation absolue d'une écorce corticale d'avec les dispositions sensorielles qui la guident ; ceci est en accord parfait avec les doctrines de Hughlings Jackson sur l'évolution nerveuse, et avec son opinion au sujet des centres représentatifs et re-représentatifs.

La diminution de la différenciation du sens musculaire est pré

coce dans la paralysie générale, où nous savons que la lésion principale porte sur cette région de l'écorce, et l'on en peut dire autant des premières périodes de la folie alcoolique; bien plus, une semblable diminution peut être constatée passagèrement sous l'influence de l'alcool chez un sujet sain. Le temps de réaction total à l'égard des stimulations visuelles ou auditives est notablement retardé par une dose même modérée d'alcool.

Distribution géographique et hérédité.—Bornant ses recherches à l'Angleterre et au Pays de Galles, l'auteur montre que, suivant les contrées, les condamnations pour ivresse varient entre 0,7 et 17.5, la moyenne étant de 5.8. La nature du pays, le paupérisme, la prédominance de certains métiers, contribuent à expliquer cette variabilité. En somme, l'étude des chiffres et de leur répartition paraît justifier les conclusions suivantes : les agglomérations agricoles, (terriennes ou maritimes) sont les moins intempérantes, et présentent la plus forte proportion d'indigents et d'aliénés ; — les agglomérations minières ou industrielles (terriennes ou maritimes) sont au contraire les plus intempérantes, et présentent la proportion la plus faible d'indigents et d'aliénés ; — les agglomérations maritimes, minières et industrielles sont de beaucoup les plus intempérantes, tout en donnant les proportions les plus faibles de paupérisme et de folie.

On voit donc ici la dissociation de l'alcoolisme d'avec la folie. Le maximum d'intempérance ne coïncide pas avec le maximum de folie, tandis qu'il coïncide, comme on le sait, avec le crime, et comme l'auteur essaye de le démontrer, avec les épilepsies et les psychoses convulsives en général.

Alcoolisme et hérédité. — En ce qui touche l'hérédité alcoolique, la conception la plus générale de cette maladie est celle d'une réaction très universelle de l'organisme à l'égard de l'action *directe* de l'agent toxique, l'auteur insiste sur le mot *directe* parce que récemment un pathologiste distingué a soutenu que l'hérédité alcoolique était due à une toxémie bactérienne secondaire due à l'écroulement, sous la poussée de l'alcool, de la première ligne de défense.

La dose d'alcool qui dépasse les limites physiologiques est probablement très faible et pour les sujets à susceptibilité spéciale elle est presque insignifiante. L'étude de la thermogenèse chez les sujets permettrait de la préciser pour le cas particulier. Hérite-t-on de l'alcool ? L'auteur pense que l'alcoolisme n'est pas héréditaire en tant qu'alcoolisme, pas plus que la tuberculose n'est héréditaire en tant que tuberculose ; il faut ici se souvenir que la diathèse n'est pas la maladie, et que les caractères acquis ne sont pas transmissibles.

Mais alors de quoi hérite-t-on dans le cas d'alcoolisme des ascendants ? Probablement d'une organisation défectueuse des neuro-

nes ou d'une *déchéance moléculaire du tissu nerveux*, se révélant par l'affaiblissement ou la perte de l'attribut essentiel qui caractérise les mécanismes composés de cellules nerveuses,l'inhibition. L'instabilité fonctionnelle est la marque prédominante d'un héritage névropathique, mais celle qui résulte de l'hérédité alcoolique est, plus que toutes les autres formes d'instabilité, révélée par *a*) sa nature convulsive ; *b*) sa tendance à la limitation (comme dans les formes de folie dites systématisées) ; *c*) sa périodicité rythmique et sa nature paroxystique. Ces derniers points sont particulièrement dignes d'attention. L'épilepsie, la chorée, l'hystérie, les psychoses convulsives (formes morales et impulsives de folie) et quelques états délirants systématisés sont les premiers fruits d'un héritage alcoolique : *l'élément moteur de la mentalité*, si l'on peut ainsi parler, est particulièrement exposé à ces sortes de troubles, dans les formes *paternelles* de transmission. D'autre part, les arrêts de développement, révélés par la faiblesse mentale congénitale, l'imbécillité, l'idiotie,paraissent être surtout les résultats d'une toxémie *maternelle*, et être dus en grande partie, sinon totalement, à l'intoxication directe du germe ou de l'œuf.

Le mot *héritage névropathique* est un mot très vaste, qui englobe des facteurs très complexes : l'instabilité,qui probablement aboutira à la folie, à l'épilepsie, ou au crime, à l'ivrognerie, à la chorée, à l'hystérie, peut exister, plus ou moins, tout entière chez le même individu, à des degrés variables : mais il est raisonnable de supposer que les agents ambiants, comme l'alcool, agissant directement soit sur la cellule du germe soit sur celle du sperme, peuvent accroître dans certains cas l'intensité de l'un ou de l'autre de ces facteurs héréditaires, ou, dans d'autres cas, les éliminer. Car la cellule du germe a sa vie propre, comme les autres éléments somatiques ; elle se nourrit aux mêmes sources qu'eux,et elle agit ou réagit vis-à-vis des mêmes agents ambiants ; mais ceci, bien entendu, ne veut pas dire que « *les caractères acquis soient transmissibles.* »

R. DE MUSGRAVE-CLAY.

V. — **Observations et considérations sur un homicide commis dans un état second d'Azam** » ; par M. BIANCONE et MARAN. (In *Rivista sperimentale di Freniatra.* Reggio en Emilie, 1905, vol. XXXI, fasc. III-IV.) — C'est la continuation et la fin d'une observation détaillée, dont le début se trouvait dans un précédent numéro.

J. S.

VI.— **La responsabilité et l'assistance des aliénés**,par le Dr CLAUS. (*Bull. de la Soc. de méd. mentale de Belgique*, juin 1906.)

Vigoureux et éloquent plaidoyer en faveur de la transformation radicale et complète du régime d'assistance des aliénés en Belgique. L'auteur réclame, en particulier, l'extension de plus en

plus grande des différents modes d'assistance familiale (colonies, placements,chez les paysans. etc.), le développement de l'instruction en même temps que l'augmentation numérique du personnel médical et infirmier des asiles, l'organisation rationnelle de ces établissements au point de vue à la fois scientifique et thérapeutique, la suppression absolue des moyens de contrainte (entraves, camisole, maillot) et aussi du régime cellulaire.

La réalisation de ces réformes ne sera possible que le jour ou les médecins jouiront d'une indépendance complète vis-à-vis des directeurs ou des propriétaires des établissements d'aliénés.

M. Claus s'efforce ensuite de définir les diverses circonstances qui peuvent mettre en cause les responsabilités du directeur, du médecin et de l'aliéné. La responsabilité médicale est régie par le droit commun ; elle ne peut être engagée qu'en cas de faute ou de négligence grave.

S'il arrive des accidents imputables à un manque de surveillance, c'est évidemment le directeur qui doit être rendu responsable puisque c'est à lui qu'appartient en général le choix et le renvoi du personnel.

Dans le cas contraire, c'est l'Etat ou la province qui pourraient être condamnés. En aucun cas, il n'est permis au médecin de se soustraire par pusillanimité aux obligations qu'il a assumées vis-à-vis de ses malades. Il leur doit tous les traitements que lui dictent sa conscience et la science.

La loi respecte, du reste, ce principe, mais s'il était méconnu par hasard ou par suite d'une interprétation défectueuse de la loi, le médecin n'en devrait pas moins continuer à s'y conformer, car il est le seul qui lui assure une complète et entière indépendance. G. D.

VII. — **Les aliénés dissimulateurs**, par les Drs de Moor et Duchateau. (*Bull. de la Soc. de méd. mentale de Belgique*, octobre 1906.)

La dissimulation ne pouvant être réalisée qu'à la faveur d'une conservation au moins relative du jugement et de la volonté, on ne doit pas s'attendre à la rencontrer dans les cas où existe un déficit notable des facultés intellectuelles, tels que la paralysie générale, les démences précoces, séniles, etc. La manie, par suite de l'incohérence des idées, de l'exaltation de toutes les facultés, est également incompatible avec la dissimulation.

La dissimulatiou s'observe surtout dans la mélancolie, la paranoïa et la dégénérescence mentale. Son importance médico-légale est beaucoup plus grande que celle de la simulation, surtout quand il s'agit d'aliénés réclamant leur sortie. Le diagnostic de la dissimulation exige une observation personnelle prolongée, de préférence dans un établissement fermé ou un hôpital. G. Deny.

BIBLIOGRAPHIE

VIII. — *Traité des variations des os de la face de l'homme et de leur signification au point de vue de l'anthropologie zoologique*, par le Dr Le Double. Volume, in-8º de 471 pages, orné de 163 dessins ou schémas. (Vigot, Paris, 1906.)

On ne peut faire un plus grand éloge au nouveau livre de M. Le Double qu'en constatant que c'est un travail qui restera, en raison de l'honnêteté scientifique, qu'il dénote, et de la méthode avec laquelle il a été conçu. Basé sur l'expérience et l'observation il généralise les faits et constitue une synthèse de ce qui a été dit sur ce sujet.

Toutes les variations des os faciaux sont étudiées et expliquées. Elles témoignent du défaut de fixité du système nerveux et du système musculaire et de la corrélation étroite qui existe entre eux. Elles montrent que les anomalies varient suivant les races et fournissent des renseignements sur l'origine, la supériorité ou l'infériorité d'une race aussi bien que la craniométrie, les nuances de la peau, etc. Elles démontrent que les formes animales se rencontrent plus ou moins pures dans l'espèce humaine. Venant après le Traité des variations craniennes et le Traité des variations musculaires, ce volume constitue une véritable encyclopédie qui mérite de figurer dans les bibliothèques médicales et scientifiques. Ajoutons, et cela n'est pas sa moindre qualité, que ce livre (bien qu'on l'ignore ou feigne de l'ignorer) est le premier de ce genre aussi bien en France qu'à l'étranger. G.P.-B.

VII. — *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie*, t. XXV, par Bourneville, avec la collaboration de Durand, Friedel et Perrin. Un vol. in-8º, avec 17 figures dans le texte, Paris 1905 aux bureaux du *Progrès médical*, et Félix Alcan, éditeur.

Il a été rendu compte dans le *Centre médical* (voir t. 8, t. 9 et t. 10) des 3 volumes précédents de cette vaste publication que M. Bourneville a eu le mérite d'inaugurer il y a 25 ans et qu'il a continuée avec courage et persévérance jusqu'à ce jour. Cette collection n'est autre chose que le compte rendu annuel du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre. Et c'est le compte rendu de l'année 1904 dont nous annonçons aujourd'hui la publication. Ce volume comprend deux parties : la 1re consacrée à l'histoire du service, traite de l'enseignement primaire et professionnel et donne la statistique successive du ser-

vice de Bicêtre proprement dit, puis de la Fondation Vallée: la 2e partie plus technique, comprend la clinique, la thérapeutique et l'anatomie pathologique. Nous signalons une contribution à l'étude de la démence épileptique, la relation de deux cas de méningo encéphalite non tuberculeuse de la base avec cécité, des recherches sur la température dans le stade initial de la fièvre typhoïde, une observation d'épilepsie avec asphyxie au cours d'un accès, une note sur les dangers du décubitus abdominal, et une observation d'idiotie traumatique chez un épileptique héréditaire. Ce nouveau volume, on le voit, ne le cède pas en intérêt aux 24 volumes précédents. (*Centre médical.*)

IX. — *Rapport sur le service médical du quartier d'aliénés de l'hospice général de Nantes pendant l'année* 1905 ; par M. le Dr Biaute. (Mellinet, édit. à Nantes.)

M. le Dr Biaute rappelle d'abord que les travaux d'agrandissement ont été autorisés par l'Administration supérieure à la condition que le quartier d'aliénés rentrât, avant que la législation en fasse une obligation, sous la dépendance plus directe du ministère de l'Intérieur.

« De la sorte, la nomination des membres du corps médical est enlevée à la Commission administrative et ces fonctionnaires feront partie du grand cadre des médecins aliénistes, c'est-à-dire, qu'ils auront la même *origine par concours*, la *même investiture* par le Ministre de l'Intérieur, le même avancement, les mêmes droits à une retraite, auxquels ne doivent jamais porter atteinte et préjudice les déplacements par convenances personnelles ou par nécessité de service reconnue par l'Administration supérieure.

« Je suis arrivé à dessein à cette question de *retraite* pour faire remarquer un oubli qui a été fait dans le règlement de la Caisse des retraites des fonctionnaires départementaux de la Loire-Inférieure quand, sur l'invitation du Ministre de l'Intérieur, le personnel médical du Quartier d'aliénés a été admis par le Conseil général aux bénéfices et aux charges de cette Caisse.

« Si un fonctionnaire des services départementaux quitte la Loire-Inférieure et va remplir un emploi, même analogue, dans un autre département, les retenues qu'il a subies ne le suivent pas pour être versées à la caisse du département dans lequel il se rend et où il perd, par conséquent, le bénéfice de tous ses services antérieurs. D'après le règlement existant, il en serait de même pour les médecins du Quartier d'aliénés.

« Il faut admettre qu'un médecin en chef ne fera pas toute sa carrière à Nantes, bien moins encore les médecins adjoints. Il y aura des changements fréquents, souvent imposés par le Ministre pour les besoins du service et pour l'avancement. C'est ce

qui se passe dans tous les asiles d'aliénés. Aussi a-t-on inséré dans les réglements des caisses de retraites départementales l'article suivante : « Le montant des retenues opérées sur les traitements des directeurs ou médecins de l'asile d'aliénés sera, à titre de réciprocité, reversé à la caisse des départements où ils seront appelés. »

« Les départements pour liquider les pensions d'après tous les services antérieurs exigent néanmoins que l'on ait passé un certain nombre d'années dans l'emploi tributaire de leur caisse, ordinairement dix ans. C'est cet article, dont je viens de donner l'énoncé, qui a été omis dans la Loire-Inférieure. On voit qu'il stipule nettement que le département devra recevoir les retenues opérées ailleurs sur les traitements des médecins qui viendront en fonction à Saint-Jacques, mais qu'il les reversera, si ces médecins ne prennent pas ici leur retraite, aux départements dans lesquels ils seront appelés dans la suite.

Cette omission peut soulever des litiges qui seront toujours tranchés, d'après des arrêts du Conseil d'Etat, en faveur des fonctionnaires du service médical. Il vaut donc mieux la réparer au plus tôt et j'ai l'honneur de vous demander, M. le préfet, de vouloir bien le proposer au Conseil général. Si la situation restait la même il arriverait que les fonctions de médecin en chef et de médecin-adjoint ne seraient pas facilement acceptées pour le Quartier d'aliénés de Nantes, qu'elles seraient fréquemment vacantes, parfois pendant un temps assez long, ce qui serait sous tous les rapports très préjudiciable au bon fonctionnement du service ».

Au 31 décembre 1904, 703 malades (290 H. et 413 F.) Au 31 décembre 1905 la population est de 755 personnes (308 H. et 447 F. 319 admissions. En 1892, la moyenne des admissions était de 240 pour une période de 21 ans. Pour la période décennale de 1893 à 1903, elle était arrivée à 281. Huit hommes et 3 femmes sont venus de diverses maisons d'arrêt. — 22 cas de folie toxique (20 H.-2 F.).

Sorties : 104 guérisons (54 H. 50 F.); *améliorations* : 31.

« On sait que la nouvelle législation doit s'occuper des aliénés à domicile et définir le mode de surveillance à laquelle ils seront soumis pour empêcher les séquestrations imméritées et arbitraires, et aussi les séquestrations inhumaines et contraires à toutes les règles d'hygiène convenant au traitement d'un être malade, atteint d'une affection mentale.

Le parquet de Saint-Nazaire a découvert l'an dernier, dans sa circonscription, une séquestration de ce second genre. Une jeune fille, déjà démente incurable, avait été retirée de l'asile par ses parents, avares paysans, pour n'avoir pas à payer une pension de 3e classe.

« Ils l'avaient installée dans une étroite cellule en bois

construite à dessein dans le grenier de leur maison d'habitation et ne l'en sortaient jamais. La justice, après des menaces de poursuites bien méritées, a fait cesser cet état de choses en enjoignant au Maire de la commune de procéder, en vertu de l'article 19, à un réinternement d'office aux frais de la famille.»

Décès : 109 (58 H. — 51 F.) L'âge moyen des aliénés décédés, est 66,89 pour les H. et 66.47 pour les F.

Nous conservons encore les deux malades qui depuis longtemps sont les plus anciens dans l'établissement, un idiot entré en 1839 et une idiote entrée en 1853. L'idiot entré en 1839 doit avoir difficilement son pareil en France et à l'étranger avec ses 66 ans de séjour dans un asile.

Signalons une lacune : l'indication des causes de décès avec les chiffre , par exemple ceux de la tuberculose et l'absence du chiffres des autopsies pratiquées en 1905.

M. Biaute entre dans des considérations très judicieuses au sujet des suicides, du martyrologue du personnel médical et de surveillance, sur l'amélioration des logements des infirmiers.

M. Biaute a obtenu de la Commission administrative que, « dans les pavillons neufs et dans les anciens, chaque gardien ait sa chambre particulière d'où il exercera la surveillance aussi bien que s'il était couché en plein dortoir, au milieu des malades. Ces chambres donneront aussi une habitation aux gardiens qui, auparavant, ne savaient ou se réfugier durant leurs heures de liberté et ils étaient ainsi nécessairement forcés d'aller au dehors prendre ou continuer de déplorables habitudes d'alcoolisme. On les voyait alors rentrer dans des états que je ne veux pas décrire J'ai facilement obtenu cette amélioration en présentant les dangers qu'ils couraient en citant les attentats dont ils étaient souvent victimes et en faisant ressortir la lourde responsabilité qui en résulte pour l'Administration.

Rappelons, en terminant, que M. Biaute fait tous les ans des leçons sur les maladies mentales et sur la médecine légale des aliénés. Tous les ans, la *Gazette Médicale de Nantes* publie quelques-unes de ces bonnes leçons, tout à fait pratiques. B.

VARIA

Dix-septième Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française (Genève-Lausanne, août 1907).

Le XVII[e] congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra cette année à

Genève et à Lausanne, du 1er au 7 août sous la présidence de M. le Prof. Prévost, de Genève.

Prière d'adresser les adhésions et cotisations et toutes communications ou demandes de renseignements au Dr Long, 6, rue Constantin, Genève.

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ

Un mari assassin. — *Angers.*— Hier matin, vers six heures et demie, un nommé Charles Lemoine, âgé de quarante-neuf ans, domicilié 16, avenue de la Gare, à Angers, au coin de la place du même nom, entrait dans la chambre de ses trois enfants, deux garçons, âgés de treize et onze ans, et une fille de quatre ans. A ce moment. Mme Lemoine était penchée sur le lit de la petite fille. Soudain sans dire un mot, le mari se précipita sur la malheureuse et lui coupa la gorge d'une coup de rasoir. La pauvre femme s'affaissa, perdant un flot de sang. Ses enfants regardaient, terrifiés, cette horrible scène.

Mme Lemoine paraissait morte, mais le forcené s'acharnait sur elle. Il lui porta successivement des coups de rasoir à la cuisse et au bras : puis, sortant un revolver qu'il avait dans sa poche, il le déchargea à quatre reprises sur sa victime. Les enfants affolés, se jetèrent alors à bas de leur lit. En chemise, les pauvres petits se précipitèrent dans la rue et mirent les voisins au courant du drame affreux auquel ils venaient d'assister. Les voisins accoururent et désarmèrent le forcené, qui fut ensuite livré aux agents. On attribue ce crime à la folie : l'assassin avait été interné il y a peu de temps dans un asile d'aliénés. (*La Liberté*, 6 avril 1907.)

Horrible drame de famille. — Un cultivateur de Châteauthébaud, près de Nantes, Julien Perthuis, âgé de 55 ans, marié et père de famille, se trouvait ce matin seul avec ses deux enfants, un garçon, âgé de 13 ans, et une fillette de 7 ans, lorsque pris d'un accès soudain de folie, il s'arma d'un couteau à greffer et, se jetant sur son fils, lui trancha la gorge. L'enfant fut tué net. Le dément tourna ensuite sa rage contre sa fillette et la frappa à plusieurs reprises. Aux cris de la petite victime, des voisins accoururent et purent la tirer des mains de son meurtrier. Son crime accompli, Julien Perthuis est tombé dans une sorte de stupeur, répétant seulement, à toutes les questions qu'on lui posait : « Je suis perdu : j'ai tué mes enfants ». Le parquet de Nantes s'est transporté dans l'après-midi sur les lieux du crime. Il résulte de son enquête que Perthuis a agi dans un moment de folie. Le meurtrier va être conduit à Nantes et interné dans un asile d'aliénés. Ajoutons que l'état de la fillette est désespéré. *Liberté* du 8 avril.)

Disparition. — Sous ce titre, le journal *La Sarthe* publie le fait suivant : Hier, M. Guillois, 55 ans, cultivateur à la Planche, a quitté furtivement son domicile et n'est pas rentré. Cet homme *ne jouit plus de toutes ses facultés* ; on craint qu'il n'ait mis fin à ses jours.

Tentative de suicide.— Autre fait du même journal : Hier soir, Mlle Valentine Brard, de Chahaignes(Sarthe), âgée de 53 ans, a tenté de se suicider en se jetant dans l'étang situé près de la gare. Après avoir quitté ses sabots, elle s'est jetée à l'eau la tête la première. A cet endroit, la profondeur de l'étang est d'environ 3 mètres. Un des ouvriers de M. Dupuy, le nommé Edmond Proust, voyant cette femme se débattre sur l'eau, où elle était maintenue par ses jupes, s'est empressé de la retirer de sa périlleuse situation. Mlle Brard ne jouit pas de toutes ses facultés.

Concours d'internat des asiles d'aliénés de Bailleul et d'Armentières.

Ont été nommés internes titulaires : MM. Marie Rolland, Paul Legrand et Charles Nollen.— Epreuve écrite de 3 heures : *Pneumothorax*; *signes et diagnostic des fractures du crâne.*—Restaient dans l'urne: *Endocardite rhumatismale*; *fractures du col du fémur. Phlegmon diffus*; *complications abdominales de la fièvre typhoïde. Formes cliniques de la variole* ; *fractures de côtes. Diagnostic de la tuberculose pulmonaire à la période cavitaire*; *luxation de l'épaule.*

Révision de la loi sur les aliénés. — **Notre collaborateur, M. le Dr Bourdin, a ouvert par son remarquable article, la discussion M. Azémar a continué. Les *Archives* n'en restent pas moins ouvertes à tous nos collègues, et à l'occasion le *Progrès Médical*. Toutefois nous invitons nos correspondants à nous adresser des articles aussi résumés que possible.**

FAITS DIVERS

Epreuve orale de 15 minutes : *Faisceau pyramidal.* — Restaient dans l'urne : *Pneumogastrique. Nerfs sensoriels, sensitifs et moteurs de l'œil. Bulbe rachidien. Centres moteurs corticaux.*

Epreuve orale (dite « de garde ») de 5 minutes : *De la conduite à tenir en cas de rétention complète d'urine.*— Restaient dans

l'urne : *Quels moyens employer en présence d'un aliéné qui refuse de s'alimenter. Mode d'application et indication des ventouses scarifiées. Secours d'urgence en cas d'hémoptysie abondante. Conduite à tenir en cas d'asphyxie par pendaison.*

Asile d'aliénés de Lesvellec, près Vannes (Morbihan). Un poste d'interne en médecine est vacant à l'asile d'aliénés de Lesvellec près Vannes. *Conditions* : Avoir 12 inscriptions et avoir passé sa pathologie externe. *Avantages* : Logement, nourriture, chauffage, éclairage et blanchissage. 800 francs la première année, 900 francs la deuxième et 1.000 francs la troisième année. Ecrire au directeur de l'asile, médecin de l'établissement. Nota. — Gratification de fin d'année, facilité de passer ses examens. L'asile possède deux internes.

L'affaire de séquestration, à Arpajon dont on a parlé se réduit à fort peu de chose. Les époux L..., à Cheptainville, ont une fille, âgée de vingt-neuf ans, qui ne jouit pas de la plénitude de ses facultés mentales. Cette jeune fille était naturellement soumise à une surveillance spéciale, mais elle n'était pas l'objet d'une séquestration. — Nous citons ce fait à propos de l'assistance des aliénés dans leurs familles. Ce mode d'assistance exige une surveillance rigoureuse de la part de l'administration et de la justice.

Opinion du Dr Chervin au sujet du maintien des institutions de sourds-muets au ministère de l'intérieur. — Il en résulte que la tâche des éducateurs des sourds-muets est particulièrement laborieuse et ingrate et qu'elle nécessite une préparation technique longue et difficile. Et je ne comprends pas comment des philanthropes, d'ordinaire mieux informés, veulent, contre tout bon sens, assimiler les sourds-muets aux enfants anormaux et leur donner les instituteurs habituels des entendants parlants. Le Ministère de l'Intérieur a entouré jusqu'ici les sourds muets de tous les soins désirables et je ne vois vraiment pas ce qu'ils gagneraient à passer sous l'administration de l'Instruction publique. (Association française pour l'avancement des sciences, conférence de Paris, 1906.)

Cours libre de psychopathologie du tube digestif a la faculté de médecine de Paris (2e semestre de l'année scolaire 1906-1907). M. le docteur Farez reprendra à la faculté de médecine (amphithéâtre Cruveilhier, 15, rue de l'Ecole-de-médecine), le samedi 13 avril, à 5 heures du soir, un cours libre de psychopathologie du tube digestif ; il le continuera le samedi de chaque semaine, à la même heure.

Cours libre sur les névroses et psychoses des écoliers. — M. le Dr Jacques Roubinovitch, médecin de la Salpêtrière ancien chef de clinique de la faculté de médecine de Paris, expert près les tribunaux, reprendra ce cours à l'amphithéâtre Cruveilhier (Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine), le jeudi 25 avril 1907, à 5 heures, et le continuera les jeudis suivants à la même heure.

Asiles d'aliénés. — *Promotion.* — M. le docteur Guiard, médecin-adjoint à Châlons (Marne), est élevé à la 1re classe du cadre.

Ecole de psychologie 49, rue Saint-André-des-Arts, 49 (Semestre d'été 1907). *Cours de Psychologie appliquée à l'éducation.* M. le Dr Bérillon, professeur, médecin inspecteur des Asiles d'aliénés, commencera son cours le *jeudi 25 Avril*, à cinq heures (Salle des Conférences de l'Ecole de Psychologie, 49, rue Saint-André-des-Arts) et le continuera les Jeudis suivants à cinq heures. Sujet du Cours : Les maladies nerveuses des enfants et des adolescents,— Applications de l'hypnotisme à la pédagogie — Jeudi 25 Avril. Le nervosisme chez les enfants.— Surmenage scolaire et sédentarité.— Jeudi 2 Mai. Les traitements préventifs de la neurasthénie.— Jeudi 9 Mai. Congé de l'Ascension. — Jeudi 16 Mai. La mollesse et la paresse chez l'enfant.—L'adaptation de l'organisme au travail. Jeudi 23 Mai.— La question des enfants anormaux. — Etablissements médico-pédagogiques. — Jeudi 30 Mai. L'hypnotisme et l orthopédie morale.—La méthode hypno-pédagogique. —Jeudi 6 Juin. Applications de l'hypnotisme à la pédagogie des enfants nerveux et vicieux. —Jeudi 13 Juin. La formation du caractère.— La lutte de l'éducation contre l'hérédité. Jeudi 20 Juin—Le traitement psychologique des maladies sociales : alcoolisme, kleptomanie, perversité, etc..

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Morel et A. Marie. — **Memento de l'infirmier d'asile**. Suivi des *Instructions concernant l'organisation du service médical de la Maison de santé de Ville-Evrard et les soins à donner aux personnes atteintes de maladies mentales,* par les Drs P. Sérieux et R. Mignot. Vol. grand in-8o. Prix 4 fr. Pour les abonnés du *Progrès Médical* et des *Archives de Neurologie*, 2 francs, *franco, 2 fr. 60.*

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères et Thiron.

Vol. 1. 3e Série. Mai 1907. N° 5

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE NERVEUSE

Hystérie et sommeil

(*Théorie physiologique de l'hystérie*),

PAR LE Dr PAUL SOLLIER.

La question de la nature de l'hystérie est plus que jamais à l'ordre du jour. On en est cependant toujours à peu près au même point qu'il y a dix ans. Pour les uns, c'est un trouble psychologique, variable d'ailleurs, qui entraîne tous les accidents somatiques et psychiques; pour les autres, c'est un trouble physiologique de l'écorce cérébrale, unique dans sa nature, mais variable dans son intensité et son étendue, d'où découlent au même titre les manifestations somatiques et psychiques.

Je voudrais revenir aujourd'hui sur la théorie physiologique de l'hystérie, telle que je l'ai exposée pour la première fois en 1897 dans *Genèse et nature de l'hystérie* (1), et qui est basée sur l'association de l'état hystérique à un état d'engourdissement, d'inhibition du cerveau, à une sorte de sommeil spécial plus ou moins généralisé et aboutissant alors à ce qu'on a décrit bien avant moi sous le nom de « vigilambulisme ». Je voudrais en même temps répondre à certaines objections, préciser certains points qui ont été mal compris, ou mal interprétés, et dissiper certains malentendus. Je ne reviendrai pas sur les différentes théories psychologiques, ou pour mieux dire sur les diverses interprétations psychologiques qu'on a proposées pour expliquer et l'hystérie en général et ses divers symptômes en particulier. Un exemple montrera

(1) Paris, Félix Alcan, 1897, 2 vol.

mieux que tout ce que je pourrais en dire leur variabilité et leur insuffisance.

Voici une paralysie hystérique type, d'un bras par exemple, avec anesthésie superficielle et profonde, avec incapacité de la représentation des mouvements, avec indifférence du sujet à cette paralysie. Comment les partisans de l'hystérie maladie psychique vont-ils l'expliquer ?

L'un dit : il y a paralysie parce que le sujet est anesthésié. Ne sentant plus son bras, il ne peut le remuer. Sous l'influence d'excitations externes, si on lui fait exécuter des mouvements passifs il ne peut pas davantage les continuer parce qu'il n'a pas sa sensibilité profonde. C'est donc l'anesthésie qui est la cause de la paralysie. Mais cette anesthésie n'est que la perte de la conscience des sensations, car dans certains cas le sujet qui prétend ne pas percevoir les excitations qu'on lui fait y réagit cependant automatiquement. Mais si ce n'est que la conscience des sensations qui est perdue dans l'anesthésie, pourquoi cette anesthésie psychique n'entraîne-t-elle pas toujours la paralysie ? La paralysie devrait être au prorata de la subconscience ou de l'inconscience. Or il n'en est rien. Et puis à quoi tiennent eux-mêmes les différents degrés de la conscience et de la subconscience ? Quel en est le substratum ? Aussi voyons-nous surgir une seconde interprétation : ce n'est pas la sensibilité consciente qui est en cause, c'est le pouvoir de représentation. Si le malade est paralysé, c'est tout simplement qu'il a perdu le pouvoir de représentation des mouvements de son bras. Il ne saurait exécuter des mouvements qu'il ne peut se représenter. Cependant il se représente fort bien les mêmes mouvements du côté opposé. Le pouvoir de représentation est donc dissociable ? Mais alors ce phénomène psychologique est inhérent à chaque région du cerveau, à tel ou tel centre fonctionnel ; il est donc lui-même fonction de ce centre ? Dans ce cas, c'est l'état de ce centre qui importe, et non pas le phénomène psychologique lui-même ? D'ailleurs, les partisans de l'hystérie maladie psychique par représentation se divisent en deux camps : pour les uns, c'est la perte du pouvoir de représentation qui en-

traîne les troubles hystériques ; pour les autres, c'est au contraire une représentation exagérée, obsédante, une idée fixe du trouble observé. Avec cette dernière manière de voir, la paralysie tient à ce que le sujet a l'idée fixe que son bras est paralysé.

On voit qu'en faisant de l'hystérie une maladie par représentation, on ne risque pas de rester court en fait d'explication. Seulement il faut toujours en revenir à cette question : pourquoi perd-on ou exagère-t-on son pouvoir de représentation ? Et, d'ailleurs,en quoi consiste le pouvoir de représentation,où se font les représentations mentales : dans les centres de projection ou dans les centres supérieurs, psychiques ? La question vaut la peine d'être discutée sinon résolue. Trouble de représentation est une formule insuffisante, et, d'ailleurs, comment une représentation amène-t-elle un trouble somatique ? Comment les fonctions dont nous n'avons pas de représentation consciente peuvent-elles être troublées par une représentation ? Les partisans de l'hystérie psychique ne paraissent pas avoir vu toutes les questions psychologiques que cela soulève et qui sont d'un puissant intérêt pour la psychologie générale. La théorie physicologique permet au contraire d'entrevoir leur solution ou d'en proposer tout au moins une vraisemblable que les faits semblent bien confirmer.

Voilà déjà trois opinions sur le même cas. En voici une quatrième ; il ne s'agit pas de représentation, il s'agit d'amnésie ; la paralysie n'est qu'une amnésie systématisée des mouvements du bras. C'est le pouvoir d'évocation qui fait défaut. Mais pourquoi cette amnésie s'est-elle produite, pourquoi s'est-elle restreinte aux seuls mouvements du bras ?

Vous n'y êtes pas, dit un cinquième : si votre malade est paralysé du bras, c'est qu'il ne veut pas le remuer ; c'est de l'aboulie ; et la preuve, c'est que si vous le menacez ou lui faites une injonction énergique,il arrive—dans certains cas — à le mouvoir.

La volonté ne saurait se dissocier de la sorte, et cesser d'exister pour tels mouvements, alors qu'elle subsiste pour ceux du côté opposé, dit un sixième : il ne s'agit pas d'aboulie, mais de distraction. Le malade est

paralysé parce qu'il est distrait. Il oublie de remuer son bras par distraction, non par absence de volonté ou mauvaise volonté. Et la preuve c'est que si vous arrivez à fixer son attention dessus, il pourra faire certains mouvements. Mais pourquoi cette distraction ne se produit-elle que pour les mouvements de ce bras,et comment peut-on arriver à être tellement distrait qu'on oublie un bras qui vous appartient ?

Rien de plus simple, explique un septième interprétateur : cela tient à un rétrécissement du champ de la conscience qui ne peut plus embrasser dans une seule synthèse personnelle les sensations musculaires et les représentations de mouvements associés. Mais il est singulier que cette synthèse personnelle continue à se faire d'une façon très convenable pour les autres membres, et qu'il n'y ait pas constamment suppléance ou substitutions de paralysies entre elles, au fur et à mesure que tel membre devient utile ou cesse de l'être.

C'est qu'il ne s'agit en tout ceci que de désagrégation mentale, dit un huitième. Si ce malade est paralysé d'un bras, c'est que le système d'impressions et de représentations mentales inhérentes à ce membre s'est séparé de sa synthèse personnelle, d'où le dédoublement du moi. Mais si, par suite de cette désagrégation mentale,le sujet se trouve en possession de deux personnalités au lieu d'une, c'est donc qu'il se fait deux synthèses personnelles conscientes ; et alors que deviennent les explications par perte de pouvoir de représentation, par rétrécissement du champ de la conscience, par amnésie systématisée, etc.

Tout se réduit à quelque chose de beaucoup plus simple encore, dit un neuvième. La cause de tout est dans la suggestibilité. Si le sujet est paralysé, c'est qu'il s'est auto-suggestionné qu'il l'est, à moins que ce ne soit son médecin lui-même qui le lui ait maladroitement suggéré en l'examinant, comme il crée chez lui de la sorte l'anesthésie, le rétrécissement du champ visuel, les points ovariens et généralement tous les soi-disant stigmates.

Voilà donc, en présence d'un phénomène aussi grossier qu'une paralysie hystérique d'un bras,neuf manières

de l'expliquer psychologiquement. Peut-on raisonnablement considérer ces interprétations contradictoires comme une théorie psychologique de l'hystérie ? La question se pose d'ailleurs immédiatement de savoir si la paralysie peut dépendre de toutes ces différentes causes psychologiques,— en admettant,pour le moment,que ce soit le phénomène psychologique accompagnant la paralysie, qui en soit la cause—, ou si elle ne dépend que d'une seule. Les partisans de l'hystérie maladie psychique ont omis de se mettre d'accord sur ce point. Si, comme il est scientifique de le faire, on doit chercher à tout ramener à une cause pathogénique unique, nous sommes aussitôt forcés de reconnaître que sur les neuf explications précédentes il doit y en avoir huit de fausses. Quelle est la bonne. ?

La théorie psychologique a cette rare fortune que toutes sont bonnes, et que cela dépend uniquement des cas, et peut-être bien aussi du point de vue où l'on se place, de façon qu'on est toujours sûr d'avoir raison. C'est là sans doute ce qui a valu à cette soi-disant théorie psychologique, constituée comme l'habit d'Arlequin de pièces fort disparates, une certaine faveur auprès des médecins qu'on se serait attendu à être un peu plus exigeants au point de vue physiologique.

Quand je dis que toutes ces explications sont bonnes, je devrais dire qu'il n'y en a aucune de bonne, par la simple raison que ce ne sont pas des explications. Ce ne sont que l'énoncé des caractères psychologiques qui se rencontrent associés au phénomène somatique. Et, de fait, dans le cas que je viens de prendre comme exemple, toutes ces explications peuvent être bonnes ; la plupart sont non seulement possibles,mais vraies. Seulement une seule d'entre elles s'applique à un cas donné. De sorte qu'il semble vraiment assez difficile de voir dans tout cela un corps de doctrine, une théorie uniciste de l'hystérie. Il faudrait tout au moins que l'un de ces phénomènes psychologiques subordonnât tous les autres. Or, on ne voit pas,si la paralysie est le fait d'une amnésie systématisée par exemple, pourquoi le sujet perd du même coup le sentiment de la propriété personnelle de son bras, ainsi que la volonté et le désir de le récupérer ;

ou,si elle est le résultat d'une aboulie, pourquoi il perd le pouvoir de représentation des mouvements de son bras, et est en même temps obsédé parl'idée fixe de sa paralysie. Et de même pour toutes les autres particularités psychologiques invoquées pour expliquer cette paralysie.

Mais il y a plus. Un hystérique présente toujours plusieurs manifestations de la névrose ; l'hystérie soi-disant monosymptomatique est un mythe. Or il arrive que l'une de ces manifestations s'expliquera par de l'amnésie, une autre par de l'aboulie, une autre encore par une idée fixe. Chez le même sujet nous voyons survenir également, à des époques diverses, le même trouble qui sera rattachable dans chaque circonstance à une interprétation psychologique différente. Que faut-il en conclure,sinon que ce n'est pas dans l'explication psychologique qu'il faut chercher la véritable nature du phénomène, et que le trouble psychologique n'est qu'un attribut secondaire dépendant,comme le trouble somatique lui-même, d'un état des centres fonctionnels, dont la nature est à déterminer et qui commande les deux.

D'ailleurs, dans ce domaine des interprétations psychologiques des troubles hystériques,il faut être très circonspect. Il faut se défier singulièrement de ne pas prêter à son sujet des explications qu'il ne trouverait pas lui-même, de ne pas lui prêter ou lui suggérer des raisonnements qu'il n'aurait jamais formulés spontanément. L'ingéniosité et les qualités de psychologue de l'observateur sont presque gênantes dans certains cas, et il m'est arrivé souvent de découvrir des causes très banales et très physiologiques à des troubles pour lesquels on aurait pu édifier, et dans certains cas même on avait édifié, des interprétations vraiment étonnantes de subtilité et d'observation psychologique chez les sujets en cause.

Suivant sa finesse d'esprit, ses connaissances psychologiques, on pourra donc juger très diversement un même trouble hystérique au point de vue de son soidisant mécanisme psychologique. Si c'est là un grand inconvénient pour une théorie solide sur sa base, c'est par contre d'une bien grande commodité d'explication. Au surplus cela n'a guère d'importance, car il ne semble pas que les résultats thérapeutiques basés sur ces con-

ceptions psychologiques aient été bien fameux. Il n'en saurait être autrement d'une méthode dont la valeur est forcément très subjective et très personnelle, qui n'a rien de fixe, qui n'a pas de règles déterminées, logiques, et qui est constituée par une série de petits procédés plus ou moins ingénieux et qui ne sort pas à la portée de tout le monde. On ne saurait donc prendre la théorie psychologique de l'hystérie comme base d'une méthode thérapeutique, et cela seul montre déjà qu'il est peu vraisemblable qu'elle soit suffisante et même juste, car si la pathogénie était vraiment psychique, il devrait en découler une thérapeutique dont les résultats lui serviraient en même temps de preuve.

Toutes les théories psychologiques de l'hystérie se résument donc en ceci qui est vraiment un peu vague ; l'hystérie est une maladie psychique ; ou : les troubles hystériques sont d'origine psychique ou d'ordre psychologique. N'est-il pas singulier qu'en présence d'une maladie à manifestations somatiques aussi importantes que l'hystérie on ait ainsi subordonné les troubles physiques aux troubles psychiques. Et pourquoi, d'ailleurs, les subordonner les uns aux autres ? Pourquoi ne pas les considérer tout simplement comme la double manifestation d'un même trouble fonctionnel du système nerveux central ? Au lieu de faire appel à une psychologie dont les fondements sont encore bien incertains et sur laquelle personne n'est d'accord, pourquoi ne pas s'adresser à la physiologie cérébrale qui est mieux connue, et comment nous, médecins, avons-nous pu oublier cette physiologie et cette anatomie du cerveau en présence de paralysies, de contractures, d'anesthésies que nous sommes habitués à rattacher à des troubles du système nerveux central ? M. Pierre Marie reprochait un jour aux psychiâtres de ne pas penser anatomiquement ; il aurait pu ajouter physiologiquement. Il avait absolument raison, et s'il est un cas où la nécessité de penser de la sorte s'impose c'est bien en matière d'hystérie. C'est frappé par ce fait élémentaire que j'ai été amené à rechercher s'il n'y avait pas un trouble de cerveau, des centres cérébraux — où tout le monde est d'accord, je crois, pour placer le siège du trouble hystérique — capable d'expliquer à la fois

les manifestations somatiques et psychiques concomitantes.

Notre écorce cérébrale est formée de deux parties : l'une postéro-latérale où sont répartis tous les centres sensitivo-moteurs et sensoriels, auxquels il convient d'ajouter des centres viscéraux, non admis encore chez l'homme ou du moins non démontrés, et que je crois pour ma part avoir en partie déterminés. Quoi qu'il en soit,on admet que,sur l'écorce cérébrale,l'organisme tout entier se trouve projeté dans des centres fonctionnels, moteurs, sensoriels, viscéraux et vaso-moteurs, réunis entre eux par des fibres et des faisceaux d'association. C'est à cette région la plus considérable, que j'ai donné le nom de cerveau organique. C'est là que se font au point de vue psychologique la perception et la représentation des images. En avant, se trouve une partie beaucoup plus limitée et où aucune localisation ne semble encore possible ni même probable, et qui paraît préparée aux fonctions psychiques les plus élevées, de conscience, d'aperception. de mémoire, d'évocation, de synthèse de la personnalité. C'est pourquoi j'ai donné à cette région antérieure des lobes frontaux le nom de cerveau psychique.

Que se passe-t-il à l'état normal ? Toutes les impressions venues du dehors ou de l'organisme aboutissent aux centres du cerveau organique. Elles y déterminent un état moléculaire particulier, correspondant à chaque impression. C'est là le phénomène de la perception brute. Cet état moléculaire réagit à son tour sur le cerveau psychique et y détermine également un état moléculaire particulier. C'est alors seulement que le phénomène psychologique de l'aperception, c'est-à-dire de la perception consciente et de son assimilation à la personnalité, se produit.C'est là aussi que s'emmagasine le souvenir de l'impression venue du dehors, et que s'en évoquera la représentation. Chaque fois que le centre psychique se trouvera dans le même état moléculaire,il déterminera dans le centre organique un même état moléculaire. Celui-ci ayant été déterminé antérieurement par une impression venue du dehors, l'image de l'objet qui a provoqué cette impression se trouve ramenée. et l'on

dit alors qu'il y a représentation. Les centres du cerveau organique sont donc les centres de la perception et de la représentation des images, tandis que le cerveau psychique est le centre de la conscience, de la conservation et de l'évocation de ces mêmes images, ou pour mieux dire des états qui leur correspondent.

Sous quelle forme se conservent ces images ; comment les centres organiques s'associent-ils et réagissent-ils réciproquement ; comment se fait l'évocation des représentations, ce sont là des questions que j'ai traitées ailleurs (1) et qui, dans l'espèce, ne sont pas utiles à trancher.

Supposons maintenant qu'un arrêt, qu'un phénomène d'inhibition, d'engourdissement, de sommeil, peu importe le mot,frappe un centre du cerveau organique, que va-t-il se produire ?

Reprenons notre exemple de tout à l'heure, de la paralysie d'un bras. Nous savons que le centre moteur de ce bras est non seulement moteur, mais sensitivo-moteur et psycho-moteur, c'est-à-dire que c'est là qu'aboutissent les sensations parties de la périphérie du membre, tant externes qu'internes ; et que c'est là aussi que doivent se former les représentations des mouvements que nous voulons exécuter. Dès lors nous comprenons immédiatement que la paralysie s'accompagne d'anesthésie et de perte de représentation mentale.L'évocation des mouvements ne se transmettant plus au centre inhibé, le sujet a l'air d'être paralysé par amnésie.Admettons que le centre moteur ne soit pas complètement inhibé ; les excitations parties de la périphérie n'y détermineront qu'un état insuffisant pour provoquer le mouvement et la sensation consciente dont il est la réponse, mais suffisant cependant pour déterminer des réactions subconscientes qui font croire à certains observateurs que l'hystérique simule ou que la conscience seulement est atteinte, alors que les perceptions se font normalement.

Supposons maintenant qu'au moment même où l'inhibition s'est produite le centre moteur était le siège d'une

(1) Voir *Le problème de la mémoire* 1900, et l'*Association en psychologie* 1907. In Biblioth. de philos. contemporaine, Paris, F. Alcan.

représentation. C'est ce qui arrive dans les paralysies par émotion, dont les effets sont soumis aux lois de localisation des émotions, que j'ai étudiées ailleurs (1). Il reste en quelque sorte figé dans cet état momentané; fatalement la représentation qui lui était liée persiste de même aussi longtemps qu'il ne change pas. Nous avons alors l'idée fixe qui varie et disparaît avec l'état somatique, lié lui-même à l'état moléculaire du centre inhibé. Mais, en même temps que le centre moteur du bras est inhibé, et cesse ainsi de percevoir les impressions de la périphérie, de les transmettre au centre d'aperception, au centre psychique, et de recevoir de ce dernier les évocations de représentations aboutissant à des mouvements, les autres centres continuent à fonctionner plus ou moins normalement. Le sujet a donc le sentiment que certaines parties de son organisme répondent à son impulsion personnelle et que d'autres n'y répondent pas. Il a l'impression d'être divisé, dédoublé.

Mais pour cela, il est nécessaire — et c'est le cas le plus fréquent — que l'inhibition ne soit pas absolument complète, de sorte que subconsciemment il perçoive les excitations affaiblies qui lui parviennent encore du centre moteur inhibé. Si, au contraire, l'inhibition de ce dernier est complète, aucune perception même subconsciente ne se produisant, le sujet regarde son bras comme s'il ne lui appartenait pas ; il y est complètement indifférent, et ne fait pas plus d'effort pour le mouvoir que s'il appartenait à une autre personne. Il a donc l'air de le laisser paralysé par aboulie, ou par distraction.

Dire dans ce cas que le champ de conscience est diminué, que la synthèse personnelle ne se fait plus, qu'il existe de la désagrégation mentale, ce n'est pas expliquer les choses, c'est constater simplement le même phénomène. Il est évident qu'un des centres de l'écorce étant soustrait au fonctionnement de l'ensemble, ne réagissant plus aux excitations du dehors, ne les transmettant plus au centre de conscience, de synthèse personnelle, ne répondant plus à l'évocation partie de ce dernier, le champ de conscience se trouve diminué d'au-

(1) Voir le *Mécanisme des émotions*. Bibl. de philos. contemp. Paris F. Alcan, 1905.

tant, que la synthèse des impressions constituant la personnalité est incomplète, et que la séparation d'un centre de ses congénères constitue de la désagrégation. Mais tout cela n'est pas psychique ; le caractère psychologique de la paralysie n'est qu'apparent ; il n'est que secondaire ; ce qui est primitif, fondamental, c'est l'état physiologique, disons même physique du centre moteur.

Appliquons ce que nous venons de dire à n'importe quel centre sensitivo-moteur, sensoriel ou viscéral, et nous verrons que l'explication psychologique n'est que l'énoncé d'une des conséquences du trouble fondamental physiologique. Si, maintenant, au lieu d'envisager un seul centre atteint, nous en considérons plusieurs frappés simultanément, comme c'est le cas ordinaire, si nous remarquons en outre qu'ils sont touchés inégalement, et que, sous diverses influences, ils présentent des variations dans leur état, nous comprendrons facilement les aspects si multiples, si variables, des manifestations hystériques, en même temps que la grande simplicité de leur mécanisme sous cette apparente complexité.

Du reste, malgré toutes les subtilités employées pour l'interprétation psychologique des symptômes de l'hystérie, les partisans eux-mêmes d'une théorie psychologique sont obligés de reconnaître qu'un grand nombre de manifestations échappent à cette explication. C'est ainsi que M. Pierre Janet avoue très franchement : « Mais il existe d'autres accidents hystériques, dont l'interprétation psychologique est beaucoup moins avancée et même beaucoup moins vraisemblable ; nous croyons pouvoir les ranger dans trois catégories principales : 1° les accidents viscéraux ; 2° les troubles vaso-moteurs et sécrétoires ; 3° les troubles trophiques. » C'est un gros morceau, et il faut avouer qu'une théorie pathogénique qui laisse de côté tant de phénomènes si importants et si habituels de la maladie ne peut guère prétendre à être juste, complète et suffisante.

Pour trouver une solution au problème de la nature de l'hystérie, il faut s'adresser à la physiologie. La théorie physiologique dont j'ai montré tout à l'heure l'application à un cas de paralysie pour la mettre en parallèle avec la théorie psychologique, ou plutôt avec les inter-

prétations psychologiques multiples qu'on pouvait en proposer, n'est donc nullement en opposition avec celles-ci : Elle fait comprendre au contraire comment elles sont toutes soutenables et toutes possibles. Elle leur sert de base et de justification au lieu de paraître livrées à l'arbitraire de l'observateur.

Et, à ce propos, je voudrais dissiper tout de suite un malentendu que j'ai déjà essayé de détruire dans mon ouvrage « l'Hystérie et son traitement », à propos de l'opposition qui existe entre ma manière de voir et celle de M. Pierre Janet. Deux auteurs ont cependant bien compris que cette opposition n'existait qu'en apparence, ce sont MM. Alfred Binet et José Ingegnieros,qui ont montré en quoi nos deux théories se complétaient,bien loin d'être en contradiction. Mais, récemment, à propos d'une étude sur une théorie biologique du sommeil, dans laquelle il consacre une grande partie aux rapports de l'hystérie et du sommeil sur lesquels j'aurai lieu de revenir tout à l'heure, M. Claparède (de Genève) relève ma discussion de la théorie de Janet et trouve « curieux » mon « acharnement » à tomber sur cette conception, comme s'il s'agissait d'une question personnelle entre nous. Je ne sais si j'ai mis de l' « acharnement » à défendre ma théorie. Je l'ai défendue avec conviction parce que je la crois vraie, je me suis servi des arguments et des exemples que pouvait me fournir la théorie contraire. Si l'on trouve que je n'ai pas rendu tout l'hommage qu'ils méritent aux travaux si remarquables de M. Pierre Janet, le seul fait de n'avoir pris à partie que ses idées et ses théories, prouve en quelle estime je les tiens et quelle incontestable supériorité je leur reconnais. S'il en était qui,comme M. Claparède, pouvaient en douter, je pense que M. Pierre Janet lui-même n'en a jamais douté, étant, à mon avis, un des psychologues contemporains qui fait le plus d'honneur à notre pays. Sur le terrain des faits et de la clinique j'ai toujours été pleinement d'accord avec lui, et j'ai admiré plus que personne, la merveilleuse analyse qu'il a su faire de l'état mental des hystériques. Où j'ai toujours différé d'avis avec lui, c'est sur la valeur relative des phénomènes psychologiques et des troubles somatiques, et sur la prééminence des premiers ; et surtout sur le fait

que ce n'est pas dans une explication purement psychologique,mais au contraire essentiellement physiologique, qu'il faut chercher la clef des troubles hystériques. Au surplus, comme je le disais plus haut, M. P. Janet a convenu lui-même que pour un grand nombre de manifestations une interprétation psychologique était peu vraisemblable. Et dans maintes occasions, en ces dernières années, il a parlé comme moi de l'engourdissement des centres cérébraux comme fondement des troubles hystériques. Nous ne sommes donc pas si loin de nous entendre, quoiqu'en pense M.Claparède,qui semble n'avoir pas vu que nos deux manières de voir se complétent plus qu'elles ne s'opposent. S'il s'agit d'analyser l'enchaînement des phénomènes psychiques inhérents à un trouble hystérique,nul mieux que M. P. Janet ne l'a fait. Mais l'évolution d'un symptôme ne saurait constituer une explication pathogénique de la maladie qui présente ce symptôme. S'il s'agit au contraire de chercher le fond commun sur lequel tous les symptômes somatiques et psychiques se développent, alors la psychologie, de l'aveu même de M. P. Janet, ne suffit plus ; il faut s'adresser à la physiologie, dont la psychologie n'est au surplus qu'une branche. Les troubles psychiques de l'hystérie sont conséquence et non cause de l'état hystérique, dont il s'agit maintenant de définir la nature.

J'ai dit que le trouble fondamental de l'hystérie est constitué par une sorte de sommeil,d'engourdissement, d'inhibition du cerveau. Déjà l'aspect des malades, leur état de somnolence, de rêverie qui aboutit si souvent à des attaques de sommeil, leur somnambulisme si fréquent, leurs aveux qu'elles ne savent si elles dorment ou sont éveillées, qu'elles se sentent engourdies, leur changement d'aspect, d'activité, quand on les secoue de leur torpeur, leur anesthésie enfin qui n'est que le signe objectif de l'inactivité de leur cerveau , en pourraient être des témoignages. Mais ce sont-là des présomptions insuffisantes. Il faut une démonstration plus nette et qui, pour être véritablement scientifique, soit reproduisible à volonté.

Voici celle que j'imaginai. J'avais été frappé de l'insomnie complète des grandes hystériques à manifesta-

tions multiples et surtout viscérales. On ne résiste pas plusieurs mois de suite à l'insomnie. Je pensai donc que si elles ne dormaient pas du sommeil naturel, c'est qu'elles étaient plongées dans un état d'engourdissement, de sommeil pathologique. Pour m'en assurer j'avais deux moyens : les réveiller par une forte excitation comme si elles étaient réellement endormies ; ou les endormir plus profondément par hypnose et les interroger.

Charcot avait déjà montré que certaines hystériques qui paraissent éveillées, dorment en réalité et sont plongées dans un état de vigilambulisme. Et, pour le prouver, il en prenait une qui avait de l'amnésie portant sur toute sa vie, sauf sur les cinq dernières années, et qui était totalement anesthésique. En lui enjoignant énergiquement et à plusieurs reprises de *se réveiller*, quoiqu'elle prétendît ne pas dormir, elle ébauchait une attaque, et, tout étant rapidement rentré dans l'ordre, elle se trouvait reportée à cinq ans en arrière, recouvrait tous les souvenirs de son existence passée, sauf les cinq dernières années, se croyait à 32 ans au lieu de 37, et, au lieu d'être totalement anesthésique comme tout à l'heure, n'était plus qu'hémianesthésique, entre autres particularités nombreuses de la modification de son état.

Quoiqu'il se servît de cet exemple de réveil pour démontrer que certaines hystériques sont endormies, vigilambules, ce n'est pas à ce point de vue qu'il présentait ce sujet. Il voulait montrer qu'il s'agissait là de dédoublement de la personnalité et que ces modifications de la personnalité étaient comparables au délire de la grande attaque. Et il ne voyait dans cet état de vigilambulisme qu'une sorte d'attaque d'hystérie transformée, un équivalent de la phase délirante de la grande attaque.

Les conclusions de son enseignement étaient si éloignées de la conception que j'ai proposée de l'hystérie, que ce passage m'échappe, et échappa d'ailleurs à ceux qui présentèrent des objections à ma théorie. J'ai déjà réparé cet oubli involontaire de cette expérience si démonstrative de Charcot, qui a corroboré par avance les miennes propres.

Il suffisait de la généraliser, de la poursuivre comme

je l'ai fait, pour voir se dérouler tous les phénomènes que j'ai signalés depuis.

Non seulement je procédai à des réveils d'emblée par une excitation brusque, impérieuse, à la suite desquels des sujets se trouvèrent ramenés à plusieurs années en arrière, mais je poussai plus loin,et par des excitations successives,je produisis des réveils de plus en plus complets, amenant des retours en arrière de la personnalité de plus en plus marqués,et s'accompagnant de toutes les manifestations somatiques ou psychiques, que les sujets présentaient aux diverses phases de leur existence où ils se trouvaient ramenés, manifestations que j'ignorais moi-même, tout autant que l'époque à laquelle allait se produire le réveil que je provoquais.

En état d'hypnose, j'appris en interrogeant les malades sur la cause de leur insomnie nocturne,qu'ils ne dormaient pas,ou parce qu'ils dormaient tout le temps, ou parce qu'on ne peut pas dormir deux fois ; d'autres me répondaient qu'ils ne savaient jamais s'ils dormaient ou s'ils étaient éveillés, qu'ils se sentaient toujours engourdis, ou qu'ils étaient endormis depuis telle époque. Il suffisait alors de les réveiller énergiquement pour amener le retour en arrière de leur personnalité physique et morale. C'est ce que j'ai appelé la régression de la personnalité, dont les conséquences, au point de vue du mécanisme de la pensée, de la mémoire, et de la constitution du moi, sont si intéressantes et si importantes.

En provoquant de plus en plus le réveil, on arrive à un moment où la régression de la personnalité ne se produit plus et où le sujet ne présente plus aucun stigmate ni accident hystérique. Cela correspond à l'époque où le sujet était normal et a commencé à s'engourdir, à tomber dans le vigilambulisme et dans l'hystérie. Et l'on saisit alors facilement quel a été l'incident, l'émotion le plus souvent ou une maladie intercurrente, qui a amené l'état hystérique, que d'autres incidents n'ont fait qu'accentuer ensuite. Ces incidents apparaissent à leur tour au fur et à mesure que la personnalité se reforme sous l'influence du réveil progressif. Après la régression vient, en effet, la progression de la personnalité dans l'ordre même de la vie du sujet, et cela ramène tous les

événements que l'on a vus se dérouler dans l'ordre inverse pendant la régression. On constate alors à quelles causes sont dues les aggravations, ou les recrudescences de la maladie, et comment des idées fixes se sont substituées les unes aux autres, liées qu'elles étaient à des états cérébraux nouveaux provoqués par ces causes. On a ainsi l'explication de la disparition de certains troubles sous l'influence de la disparition de certaines idées fixes. En réalité, ces idées disparaissent par ce que l'état cérébral qui amenait ces troubles les entretenait en même temps : il n'y a pas de rapport de cause à effet entre l'idée fixe et le trouble hystérique, il n'y a qu'un rapport de concomitance par suite d'une cause unique.

Enfin, quand le réveil est complet, le sujet ne présente plus aucun stigmate hystérique, et se trouve en même temps complètement transformé au point de vue moral. Il en est quelquefois stupéfait, car il passe presque brusquement de la personnalité qu'il avait au moment où il est entré dans le vigilambulisme hystérique à celle qu'il aurait actuellement si sa vie s'était déroulée normalement. La transformation progressive de l'une à l'autre, qui s'est faite inconsciemment, lui apparaît tout à coup consciemment. On a vraiment alors le sentiment de se trouver en présence d'un autre état, d'un autre individu. Il a lui-même l'impression de sortir d'un rêve, d'un cauchemar plutôt, et est rempli d'une joie de vivre intense.

Or, à ce moment, on constate un phénomène qui vient corroborer la théorie que je donnais plus haut de l'insomnie des hystériques, à savoir qu'elle était due à ce qu'ils étaient plongés dans un sommeil pathologique, c'est le retour du sommeil normal. Dès que le sommeil pathologique disparaît, le sommeil normal reparaît, car c'est une fonction normale du cerveau en activité normale.

Le réveil cérébral s'accompagne de réactions motrices, sensitives, sensorielles, viscérales, vaso-motrices et psychiques. Et l'on peut alors constater que toutes ces réactions ne diffèrent que par leur intensité et leur durée, de celles qu'on observe à l'état normal quand on a un arrêt de fonctionnement d'un nerf par exemple. Seulement

ici c'est le cerveau lui-même qui est frappé d'arrêt de fonctionnement, et l'on conçoit que le réveil de ce fonctionnement doit s'accompagner de sensations et de réactions psychiques un peu particulières. On comprend également qu'un organe qui est engourdi depuis des années, doit présenter, quand il recouvre ses fonctions, des réactions singulièrement longues et intenses. Je ne saurais insister ici sur ces réactions qui se présentent dans un ordre parfaitement précis et déterminé. Je les ai décrites ailleurs (1) dans leurs moindres détails ; j'ai montré leur hiérarchie, leur ordre de succession, leurs degrés pour tous les organes,depuis le muscle jusqu'au cerveau, en passant par les organes des sens et les viscères. J'ai pu ainsi établir des échelles de sensibilité qui permettent, étant donnés une sensation, un trouble sensitif quelconque, de savoir à quel degré est atteint le centre de l'organe intéressé, ou,étant donné un état somatique déterminé,de prévoir quelles sont les sensations éprouvées par le sujet.

Cette étude permet de comprendre à quoi tiennent les variétés si nombreuses de manifestations hystériques. Elles tiennent à deux causes : 1° le degré de l'engourdissement, de l'inhibition cérébrale, et 2° l'étendue,le nombre des centres atteints.

On constate en outre que ces réactions ne sont autres que celles qu'on observe dans les attaques, et qu'ainsi les attaques ne sont que la tendance des centres cérébraux à reprendre leur activité. Quand elles se déroulent complètement,elles amènent le réveil, et on s'explique alors comment, s'il est partiel, on voit souvent à leur suite reparaître des états anciens du sujet, s'il est complet, la guérison de tous les accidents.

Il y a encore un autre facteur à considérer dans la forme des manifestations hystériques, ce sont les variations de l'état d'engourdissement des centres cérébraux atteints.Ceux-ci peuvent bien dans certains cas - comme dans ces paralysies ou contractures qui durent des années — persister d'une façon fixe. Le plus souvent il y a dans l'inhibition des augmentations ou des diminutions sous des causes diverses. Ces variations s'accompagnent

(1) Voir *Genèse et Nature de l'hystérie*.

de changement dans la forme et l'intensité des troubles hystériques, et les réactions du réveil nous font apparaître nettement le rapport existant entre ces variations parallèles des troubles hystériques et de l'engourdissement cérébral. Nous avons ainsi, dans les expériences de réveil, non seulement une confirmation de la théorie que je propose de l'hystérie, mais encore une méthode expérimentale permettant de rapporter chaque phénomène à tel ou tel degré du sommeil cérébral, et aussi une méthode thérapeutique, pathogénique et rationnelle, puisque le réveil complet amène la guérison complète de l'hystérie. (*A suivre*).

PSYCHOLOGIE

Sur la symétrie bilatérale du corps et sur l'indépendance fonctionnelle des hémisphères cérébraux. (*Suite*) (1).

(A PROPOS D'UN LIVRE RÉCENT).

(*Suite*).

Par CH. BONNE,
Médecin-adjoint à l'asile de Braqueville.

C. LE MOI, SA FORMATION ET SES ATTRIBUTS. Le moi n'entre en scène qu'assez tard, ou plutôt, s'il y est fait allusion dans les deuxième et troisième chapitres, il n'est spécialement envisagé qu'à propos des applications de la théorie à l'objet particulier des sciences sociologiques : on dirait que l'Auteur, préoccupé avant tout de ces dernières, avait déjà édifié son système et le leur avait rattaché, quand un avertissement quelconque le conduisit à faire une place à l'unité de la conscience. Mais le siège était fait : les deux coêtres étaient maîtres *totius substantiæ* ; la dualité de leur conscience surnageait définiti-

(1) Voir les numéros de mars, p. 177 et d'avril, p. 293.

vement. On verra par quelle tentative l'Auteur de la préface s'est efforcé de remédier à l'étrange oubli d'une théorie qui prétend se baser sur l'organisation et s'en tenir « aux faits expérimentalement observés ou logiquement et rigoureusement déduits »(p.91) : le moi, expression de la conscience unique, dominant les coêtres, attendant encore son substrat anatomique. Voyons d'abord comment le moi se forme.

La *Formation du moi* est envisagée à propos de la liberté, et à propos de cela seulement : « Si la sensibilité est attribut d'individu, la volonté consciente est attribut de la personne, c'est-à-dire de l'être complet » (p. 88). « La matière est exceptionnellement grave puisqu'il ne s'agit de rien moins que d'une théorie nouvelle de la liberté » (p. 90). Et l'Auteur, s'apprêtant à une « démonstration rigoureuse » formule enfin la question : « Comment se sera formée cette personne humaine en deux individus ?.. Sera-t-elle distincte de chacun d'eux ? » (p. 90). Il revient à trois reprises sur le « mécanisme » de cette formation : p. 88 : « Cette explication, eh bien ! la philosophie dupliste la donne » ; p. 91 : « Il a raison, le lecteur, de vouloir se rendre compte.... » ; p. 106 : « La démonstration qui précède a été trop rapide, trop synthétique. Reprenons-la ». Puis vient un paragraphe (p. 111 à 113) qui spécifie ce que le moi n'est pas. Mais chaque nouvel effort est plus embarrassé, plus incohérent, plus oublieux des prémisses posées, et la solution attendue, difficile à dégager des développements qui l'embarrassent, apparaît tellement monstrueuse qu'on tend à croire à une inadvertance qui aurait laissé la question ouverte.

Les deux coêtres sont « en relations régulières » (p. 97); leurs sensations de perceptions peuvent être « communiquées *par la voie cérébrale*, d'un individu à l'autre individu » (p. 89). Incapables de se fusionner, « de devenir identiques l'un à l'autre » (p. 95) ou de « se subordonner l'un à l'autre » (p. 96), forcés par conséquent de s'entendre, ils « se concertent en vue de la coordination de leur activité » (p. 97), « établissent un *modus vivendi* » (p. 98) et entrent en délibération. Ils sont donc toujours bien distincts et parfaitement indépendants l'un de l'autre : « lorsque même elles délibèrent, chaque raison indivi-

duelle reste propre » (p. 109) ; « pour délibérer, il faut être deux » (p. 90). C'est pourtant de cette dualité, « de ce concours », et de cela seulement (p. 105) que naît la conscience unique « propriété essentielle de la personnalité ». Nous verrons dans un instant les rapports de cette conscience avec les deux consciences originelles.

Reprenons les détails de la formation. La simple *addition* des aptitudes des coêtres ne peut expliquer l'existence chez l'être complet des facultés de contrôle, de direction et d'invention qui leur manquent : « Les facultés des deux individus ont donc réagi, celles de l'une sur celles de l'autre.... elles se sont multipliées l'une par l'autre et le résultat.... a été non une somme mais un produit » (p. 58). Pour plus de clarté : « Les deux coêtres associeront la raison, l'intelligence, la volonté de chacun d'eux... et chaque faculté s'exaltera jusqu'à une définitive synthèse...Il n'y aura plus quand *l'action psychique* aura évolué jusqu'à son terme que la Sensibilité, la Raison, la Volonté de la personne humaine » (p. 58). Pourtant,la conscience du moi reste complètement indépendante de celle des coêtres : elle a son rôle propre dans la délibération,qu'elle présuppose (p. 105 et *passim*),et dans ce qui la suit ; les motifs qui font agir aveuglément les coêtres n'ont pas prise sur elle et lui laissent la liberté ; enfin elle est une.

Cette unité, l'Auteur en examine les différentes faces sans voir qu'elle contredit son système : « La Conscience est l'état de l'Homme qui se sent en jouissance de ses facultés d'Entendement et de son pouvoir de Volonté. Elle est le grand phénomène en qui se réalise l'*Unité du moi* » (p. 105) ; « l'Unité du Moi se révèle dans l'unité de la décision »(p. 107) ; il n'est, « ni mon individualité de droite ni celle de gauche... il n'a plus rien qui soit de droite ou qui soit de gauche... il est impersonnel par rapport à nos deux coêtres » (p. 111). Il se reflète « en sa conscience... dans tout le secret de ses organes les plus profonds » (p.113).

Cette série un peu longue de citations met en pleine lumière la méprise de l'Auteur. Considérons une conscience unique ou plutôt l'ensemble de son contenu :il y a dans ce contenu nombre de faits, sensations, perceptions

qui ne sont pour rien dans l'unité perçue de la conscience, qui, au contraire, doivent être spécialement visés par toute théorie de la formation du sentiment de l'unité, de l'identité dans le temps. Dans cette conscience, certains processus, l'effort, la perception de la résistance, la considération par l'esprit des actes propres, successifs, jugement, raisonnement, décision, dont il se sent la seule cause, sont les points de repère de l'unité du moi ; il est pourtant exagéré de dire que « l'acte de volonté... donne seul à la personne humaine le sentiment de son existence » (p. 112). Mais que peuvent tous ces agents de l'unité ou de l'identité perçue ou consciente, quand on les met eu présence de deux consciences distinctes ? Comment peuvent-ils d'abord devenir communs aux deux consciences, puis les fondre en une seule, ou du moins, tout en laissant persister l'indépendance des deux consciences, en tirer *une* conscience? Il est évident qu'ici encore l'Auteur a été trompé par le langage philosophique : la volonté, la raison, etc., ou plutôt les actes qui manifestent ce mode de l'activité, font le sentiment de l'unité, mais ne font pas l'unité: ils sont, au contraire, effet de l'unité de l'esprit basée sur celle de l'organisme.

Or, suffisait-il au duplicisme d'avoir *rétabli le sentiment* de l'Unité et se trouvait-il ainsi mis d'accord avec la donnée fondamentale de l'observation interne ? Non, car ce sentiment reste *inexpliqué* étant donnée la duplicité fondamentale attribuée à la conscience : il est simplement affirmé et reste incompréhensible.

Rapports des trois consciences. Les trois consciences sont nécessaires, et quoique l'Auteur dise souvent que l'unité du moi ne s'affirme, ne se révèle, que dans et par certains actes seulement, le Moi, l'Etre complet, n'en a pas moins besoin d'une conscience qui lui soit propre. D'ailleurs, puisque les trois êtres interviennent simultanément dans certains actes psychiques, pour y jouer chacun son rôle, il est bien clair que ces trois êtres n'en font pas qu'un seul : or, si l'individualité, l'indépendance de chacun, ne réside pas dans sa conscience, où peut-on bien la chercher ? Donc, inéluctablement, *trois consciences distinctes* et persistant à être distinctes, et non pas, quoique l'existence des deux premières n'ait pas pu être

démontrée et que la formation de la troisième soit restée inexplicable, non pas une seule conscience à triple face, d'un modèle particulier, une conscience à trois voies, si l'on veut, simple en haut, bifide en bas.

Quels sont donc les rapports de ces trois consciences, rapports inconnus et rapports connus du sujet ? L'imprécision malheureusement augmente de page en page, à l'apparition de chaque nouvelle donnée : l'Auteur ne sortira plus du domaine des métaphores que pour tomber dans celui des affirmations gratuites ou des erreurs manifestes : les deux coêtres continueront à agir de concert en individus indépendants, mais désormais le mot conscience sera au singulier, et la Sensibilité, l'Intelligence, la Raison, attributs de la seule « Personne » humaine, s'écriront avec une majuscule.

Dès que l'on envisage, en effet, les divers modes possibles de rapports, on devient convaincu que l'Auteur a perdu de vue dans tout le chapitre consacré au moi, et dans les chapitres suivants la dualité des consciences des coêtres ; il met ceux-ci en scène, par exemple dans la délibération (p. 106 et 107), en même temps que le moi et les fait agir comme les personnages d'un drame dont chacun connaît au moins en partie les actes et les idées de ses interlocuteurs, et concourt à l'action. Mais l'Auteur ne réfléchit pas que si des faits extérieurs, des manifestations peuvent être connus de plusieurs personnes, c'est-à-dire de plusieurs consciences, il n'en est pas de même pour des faits psychologiques pour lesquels exister et être connu ne sont qu'une seule et même chose. Faut-il rappeler encore qu'un fait psychologique ne peut pas être connu de plusieurs consciences? Or, quelle est, dans la délibération, la conscience qui a connaissance des arguments pour et contre, de l'estimation de ces motifs, et dans le domaine de laquelle est enfin prise la décision ? C'est forcément celle du moi : celles des coêtres sont donc non seulement inutiles mais ici inadmissibles. Je ne puis admettre en effet que ma conscience succède à une autre: cela ne satisferait ni le sentiment que j'ai de l'unité de la cause de tous les actes de la délibération, ni le sentiment de l'identité de la conscience ou du moi qui a assisté à la série de ces actes.

Admettons pourtant que cette succession soit possible et qu'une double et parfaite soudure donne au sujet l'illusion de la permanence et de l'identité du théâtre de la vie psychique ; cette soudure, ce raccord, se répéterait à chaque intervention de la conscience du moi : les rapports des trois consciences deviendraient-ils alors concevables ?

La tendance de l'Auteur, dès que le moi est intervenu, est d'étendre indéfinimemt les attributs et la part de collaboration des coêtres : « les Raisons individuelles prendront connaissance du milieu.... » (p. 106). « Le conflit persistant « [des coêtres] prolongera l'incertitude. Or l'incertitude est une douleur [par qui ressentie ?]. Le désir de sortir de cette incertitude naîtra dans chaque coêtre et leur sera commun. Ce motif postérieur tendra à subordonner la réalisation des motifs originels.... à l'élaboration d'une solution d'accord » (p. 100). « Par leurs communes et logiques déductions» (p. 103), les coêtres trouvent même « les *formules de la sagesse* immédiate » à laquelle s'arrêtent beaucoup d'hommes « qui s'en tiennent ainsi aux conclusions de la prudence dans le travail ». D'autre part, l'Auteur restreint la conscience du moi aux faits psychiques les plus élevés, sinon les plus complexes : « C'est dans le sentiment que le Moi prend de la conformité aux lois de l'Être que gît la conscience» (p. 107). La conscience du moi n'interviendrait-elle donc qu'à de certaines occasions, rares et courtes, comme l'Auteur paraît quelquefois vouloir le laisser comprendre, par exemple dans les circonstances où la personne a la conscience réfléchie de sa vie psychique ? Il y aurait alors accord immédiat avec celle des consciences des coêtres qui était antérieurement en activité, ou, si l'on veut, superposition passagère. De telles suppositions, en elles-mêmes illicites, ne permettent même pas une interprétation acceptable des données du duplicisme ; les états psychiques dans lesquels interviendrait la conscience supérieure ne se soudent pas entre eux comme un état premier se soude à un état premier antérieur : ils continuent simplement le dernier état de conscience, quel qu'en ait été le contenu : ils appartiennent donc à la même conscience. Bien plus, tous les états de conscience ne diffèrent pas essen-

tiellement les uns des autres, ce n'est qu'artificiellement que l'on peut séparer une volition ou une délibérationdu reste du contenu de la conscience : c'est par un moyen semblable que l'Auteur a réparti *a priori* entre les coêtres et l'être complet tous les actes, et toutes les aptitudes de l'esprit.

Faisons d'autres suppositions : l'imprécision du texte laisse toute latitude à cet égard. Imaginons parmi les diverses conditions de la vie psychique normale, une combinaison qui se rapproche le le plus possible des données du duplicisme : supposons que la synthèse mentale qui, à l'état normal, forme la personnalité, soit toujours incomplète et en même temps élective ; qu'elle se fasse de telle sorte que les processus en lesquels « *se révèle* » l'unité du moi soient seuls connus de celui-ci : les autres faits seraient inconscients au moment où ils ont lieu, mais, avant de « vouloir », le moi en aurait une notion que, par une illusion constante,il reporterait et étendrait dans le passé, de manière à se faire un tableau du monde extérieur. Cette hypothèse fait une part à la bi-individualité des coêtres, lesquels seraient chargés des opérations préparatoires et pourraient s'en acquitter en gardant leur indépendance consciente: en d'autres termes, ces actes se répartiraient eux-mêmes en deux séries distinctes inconnues du moi, c'est-à-dire inconscientes, sauf au moment précis de la volition : à ce moment, les deux « états seconds », second et tierce, si l'on permet, se souderaient à l'état premier, puis la volition achevée, la synthèse totale transitoire prendrait fin : le moi ne garderait qu'un souvenir de cette synthèse transitoire, et, par ce souvenir seulement et les souvenirs précédents analogues, connaîtrait le monde extérieur. Cette hypothèse n'est pas le duplicisme : elle cherche seulement à imaginer un cas s'en rapprochant le plus possible ; je la résume encore : subconscience large et presque constante des faits « inférieurs » ; conscience claire réservée aux seuls faits où se révèle l' « unité du moi », c'est-à-dire aux processus les plus élevés de choix et de volition ; intégration de ces faits en deux séries distinctes, dont l'une est quelquefois de son côté dédoublée (périodes de non-communication entre les coêtres) ; mais soudure intermittente de ces deux séries : cette soudure est nécessaire pour expliquer la connaissance du monde extérieur, en d'autres termes,... toute la psychologie, sans d'ailleurs en expliquer la continuité : il faudra toujours que cette soudure se fasse, autrement le « Moi » mourrait d'inanition. A ce moment,la conscience du Moi, ou, plus simplement, le Moi connaîtra tout le contenu de la vie psychique, les deux séries n'en feront qu'une seule. Mais ici, malgré les invraisemblables concessions faites pour suivre autant que possible le duplicisme, force est bien de le quitter : la conscience

redevient une, l'anomalie disparaît. En d'autres termes, les faits sur lesquels s'étend le plus longuement l'Auteur pour y montrer l'action combinée du moi et des coêtres sont inconciliables avec l'attribution d'une conscience propre à chacun de ceux-ci. Le moi pourra être inattentif, étranger, à la rigueur, à la plupart des actes psychiques, mais, du moment qu'il peut tous les connaître, tous lui appartiennent, car il est contradictoire, il est franchement absurde d'imaginer un fait psychologique, un évènement intérieur unique connu de plusieurs consciences. Si je supposais, au contraire, que les états supérieurs, ceux de la série appelée plus haut l'état premier, se soudent seulement entre eux et récusent les états inférieurs, je laisse la porte ouverte au duplicisme, à l'indépendance des coêtres vis-à-vis du moi, voire même à leur indépendance mutuelle, mais je la ferme au monde extérieur : je n'ai plus qu'un moi virtuel, vide de tout contenu, peut-être capable de vouloir, de choisir, le faisant même, à la rigueur, sur des données anciennes et fournies une fois seulement par la soudure temporaire qui lui aura donné la vie, mais n'assistant même pas à l'accomplissement de sa volition.

En réalité, et malgré les nombreuses affirmations irréfléchies de l'Auteur, la donnée fondamentale et irrécusable de l'unité de la conscience est incompréhensible dans le duplicisme et incompatible avec la dualité primordiale organique et psychique des individus. En lui cherchant un substrat anatomique, l'Auteur de la préface s'est donné une peine inutile. Dire que cette unité, qui présuppose la délibération des coêtres, naît de leur seul concours, c'est affirmer qu'elle n'a pas sa source dans l'organisme et rappeler que celui-ci y serait opposé de par sa structure, d'après les données de la théorie ; c'est rendre plus incroyable ce monstrueux mystère d'une trinité de consciences en une seule personne,ou réduire le lecteur à des antinomies plus pénibles encore : des faits psychiques simples,tels que l'impression faite par un motif sur une conscience, connus directement, accaparés par trois consciences ; ou bien des faits psychiques non seulement déterminés par action *directe* du milieu extérieur, mais encore inconscients : une sorte de délibération mécanique ! Le duplicisme démontre donc lui-même que, dans la réalité, l'Unité de la conscience ne provient pas des actes psychiques qu'il considère comme étant le partage de deux individus accouplés, et que la philosophie

classique considère comme étant en général relativement simples, que cette unité est fondamentale, quitte à ne se manifester, d'après la théorie, qu'à l'occasion de certains actes. Si donc l'unité préexiste à l'exercice des puissances élémentaires de l'esprit et s'affirme ou peut s'affirmer à l'occasion de *tous* les faits de conscience, contrairement aux assertions du duplicisme, n'est-ce pas qu'elle a sa source dans l'organisation ? Comme, d'autre part, cette même unité se retrouve au sommet de la vie psychique, et s'affirme, de l'aveu de tous, dans les processus les plus élevés, que devient cet épisode intermédiaire de son partage entre deux individus, et de quel droit dire que « l'homme est double » ?

Le Moi du duplicisme est donc non seulement inadmissible en soi, mais encore, chose plus grave, inconciliable avec les prémisses de la théorie. C'est un *deus ex machina* rendu nécessaire par la charpente du drame et maladroitement amené au cinquième acte sans que rien n'ait auparavant justifié son intervention. Avant d'examiner les attributs dont il va s'enrichir, voyons s'il peut s'unir à un substrat matériel et si l'Auteur de la préface n'a pas, en en proposant un, jugé la théorie susceptible d'une interprétation qui nous aurait échappé.

Substrat matériel de la conscience unique. Le moi est un potentat dispensé de tout travail extérieur et chargé seulement de vouloir. Il a une mémoire : les archives en sont « classées dans les registres privés de la Mémoire de chaque coêtre » (p. 112). Tandis que chaque coêtre puise le sentiment de son existence propre dans ses actes les plus simples (je pense, donc je suis), le Moi n'a conscience de son existence que « dans l'acte de délibération aboutissant à une décision... et dans l'acte de volonté » (p. 112). « C'est à travers les souvenirs inscrits dans ces registres [tenus par les coêtres] qu'il prend conscience de lui-même et garde le sentiment de son identité » (p. 112). Veut-il agir ? Il n'a qu'un mot à dire : les coêtres exécutent le mouvement. Sent-il, perçoit-il ? C'est toujours par l'intermédiaire des organes des coêtres. Quand on parle d'un centre psychique, on envisage une accumulation, dans un point donné du névraxe, de résidus dont la mise en jeu ou la destruction constituent ou détruisent le souvenir : or

ces centres placés chez les coêtres sont à la disposition du moi.

En second lieu, l'Auteur a dit cent fois pour une que les communications entre coêtres, leur entente, leurs délibérations,préexistaient au moi et permettaient seules sa formation.

Enfin,n'a-t-on pas justement considéré pendant longtemps comme essentiellement privé d'un substrat matériel l'attribut principal du moi : la liberté ? Le duplicisme se rattacherait ainsi au spiritualisme, d'assez mauvaise grâce, il est vrai ; il ferait en même temps sa part à la « thèse déterministe... Tout *effet* a une cause » (p. 85). Cette part pourrait même être de taille à satisfaire les psychologues qui admettent que tout acte psychique, même la volition d'apparence libre, a un équivalent matériel,un processus histologique quelconque : ce processus se passerait à l'occasion dans les centres de l'un ou de l'autre hémisphère, voire même exclusivement dans les centres du langage. Donc pas de substrat anatomique propre.

Mais, d'un autre côté, puisque l'organisation est partagée tout entière (ou à peu près: l'Auteur a heureusement ment oublié quelque chose) entre les deux coêtres, puisque de cette organisation découle un déterminisme absolu, le spiritualisme est récusé implicitement par le duplicisme. Et pourtant celui-ci fait une place à la liberté : il lui aurait donc réservé un substrat matériel, dont l'existence est d'autant plus vraisemblable que les trois consciences se raccordent l'une à l'autre : elles auraient donc quelque chose de commun Si cette manière de s'exprimer paraît dépasser en originalité le duplicisme même l'Auteur reconnaîtra bien, encore une fois, que le moi a connaissance, non seulement des faits « où gît », en qui « se révèle » son unité, mais encore de ceux qui sont la propriété des coêtres. « L'hypothèse de l'âme universelle n'est pas inconciliable avec la théorie dupliste ; mais elle ne lui est pas nécessaire » (p. 91). En serait-il de même pour le substrat du Moi? Non, probablement : l'Auteur de la préface a détruit l'alternative et a ouvert par ce simple geste de nouveaux horizons sur la théorie dont il s'est fait bénévolement le défenseur. Ses raisons sont-elles bien

d'accord avec les données de la thèse : nécessité d'une fusion des deux *personnalités*, d'une *coordination* ? N'importe, « une coordination *nouvelle* s'opère, et c'est cette intégration qui crée la personne humaine... Cette coordination des deux cerveaux, siège des deux personnalités... où s'effectue-t-elle? » (p. XI). On le prévoit « sans vouloir être trop affirmatif » : c'est dans le corps calleux. Les tumeurs de cet organe « entraînent une altération plus ou moins profonde du caractère, une véritable incoordination morale » (p. XII). Mais de pareils troubles sont-ils spéciaux à de telles tumeurs ? Ne s'expliquent-ils pas par le défaut de synergie physiologique et psychologique des centres corticaux dont les fibres calleuses ont été atteintes? D'ailleurs, l'altération du caractère, l'incoordination morale ne sont pas équivalentes à la pure volition libre dont l'Auteur du livre fait la caractéristique suprême du moi fonctionnant et qui persiste intacte dans les cas envisagés.

D'autre part, « le corps calleux est d'autant plus développé dans l'échelle des Vertébrés que l'individualité psychique se précise davantage » (p. XII). Cela peut être admis ; mais en même temps qu'il acquiert un développement proportionnel à celui du manteau cérébral, les autres commissures et voies transmédianes d'association perdent leur considérable importance primitive : commissures du télencéphale, du diencéphale et surtout des cerveaux moyen et postérieur, qui, de concert avec le corps strié, assuraient seules primitivement la synergie et l'association des centres des deux côtés : le corps calleux n'est donc qu'une annexe, un dérivé de l'écorce cérébrale ; il n'apporte pas à son fonctionnement d'élément particulier. Loin de représenter un centre surajouté aux deux moitiés du cerveau, il souligne par son évolution phylogénique la profonde unité fonctionnelle de celles-ci.

Comment, en effet, pourrait s'y effectuer la moindre action réciproque des influx auxquels il donne passage, « l'intégration des sensations conscientes provenant des deux moitiés du corps » (p. XII) ? Pour constituer un centre, il faut qu'il y ait rapports *directs* d'éléments conducteurs, rapports, par continuité ou contiguïté, d'axiterminales *amyéliniques* avec les ramifications dendritiques ou le cytosome, voire même avec les axiterminales de cellules autres que celles dont proviennent les fibres afférentes. Cela ne veut pas dire, ainsi qu'on l'a soutenu lors de la première vulgarisation des résultats de la méthode de Golgi, qu'un centre simple soit constitué par le contact d'une fibre cellulifuge avec une

fibre cellulipète appartenant à un autre élément, et que la transformation de l'influx sensitif en influx moteur se fasse à ce niveau. Considérons, en effet, les centres corticaux, le modèle de ceux qui devraient, d'après la théorie, exister dans le corps calleux : il y a toujours convergence d'éléments venus de centres distincts et eux-mêmes en rapport avec d'autres centres encore plus étrangers les uns aux autres : les ébranlements apportés, par exemple par les fibres thalamo-corticales, avant de diffuser dans la zone des pyramidales moyennes, ont déjà impressionné directement ou par les cellules à court taxone, dans les couches plus profondes, une infinité de cellules, elles-mêmes en rapport direct ou indirect par les fibres corticipètes d'association et aussi grâce aux longues fibres de la couche zonale, avec des territoires corticaux qui entretiennent des relations analogues avec des domaines périphériques essentiellement distincts. On sait comment, grâce aux successives associations formées, peuvent prendre naissance, soit un mouvement, soit un état de conscience, soit les deux à la fois, et comment, grâce au jeu des résidus des cellules intéressées, sont évoqués les souvenirs rudimentaires qui président à la reconnaissance de la sensation, à la perception et à toute la série d'actes psychiques dont elle peut être le point de départ. Or, existe-il dans le corps calleux, non pas des centres comparables à ceux du cortex lesquels, même, leur seraient subordonnés, mais des centres rudimentaires? Il est inutile de détailler aux lecteurs de ce journal les classiques recherches de Cajal, dont les premières sont antérieures à 1891 et ont été depuis tant de fois confirmées, recherches dont il découle avec la dernière évidence qu'il n'y a pas dans le corps calleux, pas plus que dans le centre ovale ou dans toute autre masse blanche, de terminaisons nerveuses : dans l'état actuel de la neurhistogenèse, on ne pourrait même pas se représenter l'existence de pareils éléments dans les territoires exclusivement réservés chez l'adulte aux fibres myéliniques. Quel peut donc être le sens caché du mot « intégration » ?

Attributs du moi. Passant sur la *Raison* supérieure, arrêtons-nous à l'attribut suprême, au grand cheval de bataille du duplicisme, à la *liberté*, « *mystère* » vainement abordé jusqu'ici, « aussi inexplicable que certain » (p. 88), « antinomie extravagante » (p. 84), à laquelle « la théorie de l'homme double apporte une solution ». Or, chose curieuse, l'Auteur a la prétention de connaître « l'argument déterministe » (p. 85 à 88) : il l'expose tant bien que mal, et pourtant il néglige ce qui devenait alors le premier de ses devoirs, puisqu'il croit à la liberté : la réfutation de cet argument. Bien plus, il prétend lui faire

dans sa théorie toute la place qu'il mérite à côté de la liberté.

Il en est du libre arbitre comme du hasard : celui-ci nous sert à sous-entendre notre ignorance des causes des évènements extérieurs, et la liberté, notre ignorance des causes de nos volitions, ou, plus généralement, des modifications successives de notre conscience, c'est-à-dire du monde intérieur. Quand on considère le monde extérieur, soit dans l'avenir, soit dans le passé, en être actif ou en historien, on est tenu de faire sa part au hasard. Quand on considère le monde intérieur, en moraliste, en sociologue ou en historien, on ne peut pas ne pas tenir compte de la liberté. En effet, à côté des *motifs*, à côté du caractère et même de l'état d'esprit présidant à la volition, qui, à la rigueur, peuvent être connus du sujet et même d'autrui, il existe un grand nombre de causes que leur nature commune soustrait à la connaissance. Envisageons les volitions complexes : les composants cœnesthésiques et affectifs de l'état de conscience, au moment de la délibération, participent tout comme les éléments de pure connaissance à l'évocation des états de conscience antérieurs qui ont contenu les divers motifs. Ceux-ci, d'autre part, se répartissent presque toujours et naturellement entre des états de conscience de teinte affective opposée.

De ces derniers, évoqués pour la délibération, les uns vont donc avoir le même signe affectif que l'état évocateur, les autres un signe contraire : ces derniers apparaissent dépourvus de ce qui entraîne ou cause le désir, comme de pures abstractions ; de plus, en perdant leur ton affectif, ils ont perdu une partie de la force associative et ne sont plus capables, comme leurs adversaires, de créer des associations nouvelles. Mais, en même temps, leurs éléments intellectuels ont été dégagés : l'esprit les en connaît d'autant plus clairement, et lorsque, l'acte accompli, le sujet considère le motif qu'il n'a pas suivi, il a d'autant mieux l'illusion d'avoir agi librement que ce motif lui était apparu plus clairement.

De ces volitions avec profond sentiment de liberté et dans lesquelles les idées les plus abstraites paraissent souvent intervenir seules, on passe par une série d'intermédiaires, sur lesquels il est inutile de s'arrêter, aux décisions que l'on croit abandonner à l'empire des circonstances extérieures, aux résultats desquelles on croit être indifférent, et dans lesquelles les circonstances internes jouent pourtant le plus grand rôle.

Pour les volitions très simples, dans lesquelles l'impulsion, guidée et servie par l'expérience, est rapidement suivie d'effet, la question du libre arbitre ne se présente pas au sujet, à moins d'un retour en arrière : le sentiment naîtra alors si les conditions de cons-

cience de l'accomplissement de l'acte, en particulier le ton cœnesthésique,se sont déjà modifiées jusqu'à un certain point ; dans le cas contraire le sujet verra dans l'acte le résultat d'une habitude.

Enfin, les auteurs pour qui le sentiment du libre arbitre est l'expression de la réalité n'envisagent le plus souvent pas la multiplicité et la futilité apparente des causes extérieures agissant au dernier moment. Un exemple souvent donné d'acte parfaitement indifférent : fléchir le doigt ou ne pas le fléchir ; le motif déterminant paraît être dans plus d'un cas la prédominance de l'image d'un des mots de la phrase qui exprime, mentalement ou oralement, l'alternative.

Il est enfin à remarquer que, dans les délibérations longues et pénibles, la décision est presque toujours précédée d'un moment d'oubli, ordinairement très court, des motifs ruminés.Cet oubli est quelquefois causé, ou rempli, par une sensation intercurrente ou tout autre état de conscience complètement étranger à l'objet de la délibération et précédant immédiatement l'acte ou la décision. Ce cas met en évidence l'influence prépondérante des causes — je ne dis pas des *motifs*, ce mot ne comprend pas tout — inconnaissables dans la détermination.

Après avoir constaté que le sentiment de liberté est « universellement ressenti », que, par conséquent, il n'y a pas à le prouver (p. 84) ; que, d'autre part, la liberté serait, si elle existait, en désaccord avec le déterminisme, briserait la continuité des effets, continuité qui est la base de toute science, qu'aurait dû faire l'Auteur ? Interpréter ce sentiment, chercher s'il n'a pas, lui aussi, sa cause dans la nature même de l'esprit. Mais, sans remarquer qu'il confond l'idée et la chose, il constate qu'il n'a pas à « prouver la liberté », oubliant en cela les objections déterministes auxquelles il a lui-même fait allusion, et annonce pompeusement qu'il a enfin trouvé « une *explication* très simple de ce fait universel de liberté (*sic*) », et qu'il va consacrer « en le fondant sur la liberté, tout un édifice immense de morale, de droit et de politique » (p. 84). Cette « explication » est d'ailleurs telle qu'on devait s'y attendre.

Elle repose sur les deux dualismes :

1° Sur le dualisme longitudinal, la dualité des coêtres, qui, ayant chacun sa « mentalité propre, peuvent être si*multanément* affectés de façon différente par des motifs différents » (p. 88).

2° Sur le dualisme tranversal, ici non moins absolu que le précédent, et qui soustrait la raison supérieure aux influences irrésistibles auxquelles sont soumis les coêtres : « Là où chaque individu eût été impuissant à résister à l'impulsion.... elle a pris son temps... réservé l'occasion de l'option...Elle pèse les motifs propres à chaque individu... laisse des motifs divers surgir de droite et de gauche » (p. 89) et enfin choisit, et choisit librement.

Envisageons séparément la part de chaque dualisme. Nous verrons ensuite si l'Auteur a su concilier d'une façon logique et acceptable avec « la somme de fatalité... qui nous rattache à l'animalité inférieure » (p. 114) et qui représente la place de « l'argument déterministe » dans la théorie, la « somme de liberté » supposée démontrée qui est, elle aussi, « le fruit de la coopération de deux animaux conjugués ».

Le *dualisme longitudinal*, la dualité des coêtres,est complètement inutile au raisonnement, nouvel exemple du désarroi, de la faiblesse de la notion fondamentale de la thèse ; cette donnée gêne l'Auteur toutes les fois qu'elle intervient.ainsi qu'on l'a vu pour la tentative de retour à l'unité de la conscience, pourla description et l'interprétation des actes où la dualité intervient de concert avec « l'Etre complet ». C'était en effet la partie délicate, sur laquelle un psychologue,quelles que fussent ses tendances, aurait porté toute son attention, de manière à en embrasser toutes les conséquences possibles avant de passer à toute autre chose.

Quelle est,en effet,la seule idée apportée par la dualité des coêtres dans l' « explication » du libre arbitre, idée du reste inadmissible,comme toutes celles qui sont propres à la théorie ? C'est la *simultanéité* des états affectifs (conscients !) différents créés par des causes différentes. Cette simultanéité est inutile. De plus, le moi doit nécessairement connaître et connaît en fait ces états affectifs divers, ce qu'il ne peut faire qu'en les partageant, c'est-à-dire en les éprouvant ; et il ne peut les éprouver que successivement. Si maintenant, au lieu des états affectifs, on envisage spécialement les motifs, dégagés, l'un tout au moins, de toute teinte affective, et plus ou moins schématisés, il n'est pas besoin du duplicisme pour expli-

quer ou faire admettre leur présence simultanée dans la conscience qui va choisir ou concilier.

La contribution du *dualisme transversal* présente un tout autre défaut d'ensemble : c'est la réédition avec modifications regrettables, d'arguments auxquels réponse a été faite depuis longtemps : la liberté existe parce que la raison qui choisit est une faculté vraie, radicalement distincte des autres facultés de l'entendement, de celles, au moins, qui président à la connaissance élémentaire, et de celles d'ordre affectif,émotions et passions:« la barrière opposée aux motifs déterminants », c'est « le Moi-Un, à qui la puissance de la Raison donne la maîtrise des deux coêtres.... Par-dessus les ardents appétits des coêtres, le Moi peut dégager la notion conforme aux lois de l'Etre... et en imposer le respect aux coêtres domptés » (p. 110). Mais, comme « l'étagement des facultés psychiques » (p. 58), est-ce là une conception neuve ? et, par ces affirmations inélégantes,le duplicisme ajoute-t-il la moindre notion utile à la manière de voir commune à tous les systèmes spiritualistes ?

L'argumentation classique concernant les motifs est trop connue pour que l'Auteur n'ait pas songé à la mesurer à sa thèse : mais sa bonne foi fut mal récompensée. Les motifs, se demande-t-il (p. 107-108), fournis par les coêtres, ou tirés par la Raison elle-même du « dossier de la Mémoire ou de l'étude des conditions du milieu.... ne sont-ce point des forces qui ont agi sur la Raison ?» Et la raison n'aura-t-elle pas, en fin de compte, suivi le motif le plus fort, non pas toujours celui qui apparaissait tel au début de la délibération, mais celui que des associations et un mécanisme inconscient auront rendu tel au cours de la délibération ? Mais l'Auteur substitue à la simple volition, la « faculté de conciliation » : le rôle de la Raison n'est pas « de faire prévaloir sa volonté à travers les divers ordres.... La faculté de concilier les divers motifs et de se déterminer suivant la formule de cette conciliation, c'est bien ce que nous appelons la liberté de l'homme ; et cette liberté nous suffit parce que nous n'en saurions concevoir une autre », p. 108.

Il est facile de voir que l'introduction de l'idée de conciliation n'enlève rien à la force de l'argument dirigé contre

la liberté : aux motifs simples primitifs, elle substitue simplement d'autres solutions à envisager, que l'esprit devra toujours examiner deux par deux, ou plutôt en deux groupes opposés, groupes à l'un desquels le mécanisme exposé plus haut donnera plus ou moins rapidement la prépondérance effective.

D'un autre côté, pour faire une part au rôle des motifs, l'auteur les oppose arbitrairement au « caprice » : « Une liberté agissant sans *motifs* agirait sans *raison*. Elle ne serait donc pas une liberté, car nous ne concevons la liberté que comme raisonnable » (p. 109). « Motif » est pris ici dans le sens particulier de motifs connus comme tels par l'esprit et connus clairement, qu'ils soient bons ou mauvais. Mais toute philosophie doit envisager aussi les motifs inconscients ou connus confusément qui se retrouvent à la base de toute volition, raisonnable ou insensée. Or, toute volition peut être accompagnée, et l'est, en effet, le plus souvent, du sentiment de libre arbitre, sentiment qui, pour l'Auteur, est la liberté même. Pourquoi alors la restreindre aux seuls actes raisonnables ? C'est que, nous l'avons vu, la solution tant attendue apportée par le duplicisme au problème du libre arbitre se réduit à la simple affirmation de l'existence d'une raison inaccessible aux motifs et libre puisque la conscience le dit ! « C'est le Moi qui évoque les motifs, apprécie leur validité... la sanctionne. Comment ne pas reconnaître la...part qu'a le Moi raisonnable à la conduite du Moi, et... en présence de ce pouvoir de ma Raison..., comment ne pas reconnaître une manifestation de ma liberté ? » (p. 110). C'était là une bonne occasion de faire intervenir « cette étincelle d'âme universelle » (p. 90) avec laquelle la théorie dupliste se flatte d'être conciliable.

La liberté « expliquée » et accordée par l'Auteur est une « faculté » en contradiction absolue avec la part qu'il prétend faire à « l'argument déterministe » : cela découle encore du caractère qu'il attribue à cette liberté : la limitation : « la conscience est le débat incessant entre les deux coêtres. La liberté se mouvra dans toute la distance qui séparera les deux impulsions individuelles » (p. 150). Ce passage semble indiquer une confusion, dont nous aurons bientôt la démonstration, entre la conscience propre-

ment dite et la conscience morale. « La conscience ainsi comprise, c'est-à-dire libre dans certaines limites...... » (p. 152).Or, l'Auteur l'a dit et montré plusieurs fois, pour lui,liberté et sentiment de la liberté ne sont qu'une seule et même chose : Ce sentiment est-il limité ? N'est-il pas absolu, et pourrait-il exister s'il était limité ? Du moment que, par une nouvelle inconséquence, l'Auteur identifiait l'idée et la chose, il devait prendre l'idée telle qu'elle est fournie par l'observation interne ; il devait, du moins, ne pas se contenter de ridiculiser tour à tour « la race des gens qui se battent à coups de syllogismes » (p. 83), et les « psychophysiologistes » (p. 148 et 149), mais leur démontrer que le sentiment de liberté n'est pas tel qu'on l'avait cru jusqu'à lui. Je parle, bien entendu, du sentiment spontané, seul envisagé, naturellement dans les discussions sur le libre arbitre, et par l'Auteur lui-même quand il rappelle qu' « il est universellement ressenti », sentiment toujours éveillé, même chez l'homme cultivé capable d'envisager le rôle des « motifs » internes.

La « part de fatalité » n'est guère mieux traitée que la part de liberté : cependant, ce fait si simple de la suprématie habituelle ou temporaire des impulsions irraisonnées, des désirs et des passions, sur la raison, le duplicisme le complique d'une difficulté : la parfaite indépendance de la raison, indépendance sans laquelle la liberté n'existerait pas. L'Auteur dit bien que, faute d'énergie ou de documentation, la raison « peut être débordée et vaincue » (p. 107) : mais cette affirmation est inconciliable avec le reste de la thèse : énergique ou faible — qu'entendre d'ailleurs par une raison énergique ? — la raison est indépendante ; les « ardents appétits des coêtres » n'ont pas prise sur elle : rien ne l'empêche donc de prendre son temps et de s'éclairer ; bien plus, rien ne la force à se décider et à ne pas opposer une simple et insurmontable inertie aux impulsions des coêtres. Je sais bien que dans nombre d'états pathologiques, « l'Etre complet », la « Raison », disparaît ou du moins est subordonnée à un coêtre ou aux deux. Mais ces états dont il fit sa seule preuve directe, le duplicisme a-t-il seulement songé à en refaire la pathogénie d'après ses propres données !

Après l'étude théorique des coêtres et du Moi, l'Auteur

annonce la description de leur évolution, « l'histoire du développement psychique des coêtres et de la formation de la conscience » (chap. V, p. 114 à 141) : il n'est plus question, dans ce titre, de la biindividualité originelle et, pas plus par le titre que par le contenu du chapitre,on ne peut savoir à qui appartient la « conscience » à chaque étape considérée.L'Auteur reconnaît deux périodes : l'une où la vie psychique est tout entière l'œuvre des coêtres l'autre où « c'est la personne humaine qui délibère, comprend et veut ». (p. 114). Les points délicats, la question de la dualite de la conscience dans la première période puis dans la seconde, la question de la coopération (superposition partielle !) des trois consciences sont considérés comme suffisamment éclaircis par les chapitres précédents ; par contre, nous trouvons une longue description de l'évolution psychique, de la naissance à l'état adulte,où l'Auteur mêle à des conseils aux jeunes mères (p. 122, 123 et 125) et aux instituteurs (p. 128), de fines observations de naturaliste :« L'enfant se saisit les mains, se prend le menton ou l'oreille, monte scs petites mains à hauteur de ses yeux ». (p. 122) et de psychologue : « Du dix-huitième mois à trois ans, l'enfant demandait : comment se nomment les choses ; de trois à six, comment elles sont. Maintenant, il va demander pourquoi elles sont ainsi. La notion de cause à effet (*sic*) va lui paraître d'un intérêt croissant » (p. 126).

On voit que cette « histoire » est d'une banalité extrême, d'autant plus étonnante que rien n'aurait été plus nouveau que la mise en évidence de la bi-individualité dans l'évolution psychique individuelle : l'Auteur dit pourtant en parlant du développement de l'enfant de six à neuf ans: «Nous n'avons à constater que le développement graduel et simultané de l'un et l'autre coêtres » (p. 127). Non seulement nous ne trouvons que des considérations dans le genre de celle-ci:« Poussé par ses instincts ou par les notions de crainte ou d'espérance, d'obéissance ou de respect humain qu'on lui a suggérées, l'enfant est resté purement déterminé» (p. 127) mais encore si nous avions adopté les idées de l'Auteur sur «l'Etre complet » et ses rapports avec « le groupe des coêtres », nous nous verrions obligés de les modifier profondément.

La « personne complète » n'est plus cet être fait uniquement de raison et de volonté, qui n'a qu'à choisir parmi les motifs offerts et à provoquer des enquêtes sur la constitution du milieu : ce n'est plus cette formation tardive en ce sens qu'elle n'acquiert sa puissance et sa complexité particulière qu'après une longue collaboration au cours de laquelle se seront « exaltées » les facultés des coêtres. L'auteur en prend à son aise avec ses anciennes assertions et s'écarte de plus en plus de la déduction scientifique pour tomber dans le développement purement littéraire: Vers l'âge de neuf ans « une force intérieure naît qui va.... soumettre à une sorte de contrôle sensations, idées, notions et volitions » (p. 130). Cette force, c'est « la Personne complète » (p. 136), maintenant pourvue d' « appétits et d'instincts », capable d'acquérir, on ne sait par quelle voie, des notions nouvelles pour les coêtres et que ceux-ci « s'incorporeront comme acquises ». Ses attributs et ceux des coêtres ne sont plus complémentaires ; ce n'est plus la simple expression, la résultante du « concours » des coêtres : elle se développe parallèlement à eux, et malgré eux : « La deuxième grande période peut s'appeler celle du développement parallèle et *rival* des coêtres et de la personne humaine » (p. 136). Quant au problème de l'unité de la conscience dans cette lutte continuelle où trois individus psychiques sont en présence, et de l'identité de la conscience qui en embrasse les diverses phases, il n'est pas plus abordé ici que dans les chapitres précédents. (*A suivre.*)

LÉGISLATION

Revision de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés. Unité de direction des asiles. Médecins-directeurs.

22 avril 1907.

Monsieur le Rédacteur en chef,

Permettez-moi d'user de la large hospitalité de votre journal pour répondre à l'article du Dr Bourdin refusant

d'admettre que tout n'est pas médical dans un asile d'aliénés et partant qu'il n'y a pas d'inconvénients à diviser les fonctions. Pour essayer de le prouver, il nous dit qu'on « conviendra que les cultures maraîchères, les démarches auprès des fournisseurs, etc., n'ont rien à proprement parler de médical. » Eh bien ! notre collègue se trompe, et je vais essayer de le démontrer.

Prenons la culture maraîchère. Est-il donc indifférent de la faire d'une façon quelconque ! Je ne le crois pas. Il existe, en effet, un Asile, en France, administré par un Directeur et où la culture maraîchère se fait à grands renforts de purin constitué par des déjections animales et par les matières fécales des malades et du personnel de l'établissement. Si, avec ce purin, on se contentait de fumer la terre,il n'y aurait guère de mal ! mais on arrose avec, les légumes et notamment les salades et les choux, qui, en sont souvent recouverts d'une épaisse couche. J'ai vu, de mes propres yeux vu, ramasser de la salade de pissenlit pour les malades, juste dix jours après que celle-ci avait été copieusement arrosée de matières fécales à tel point que certains pieds de pissenlit en avaient une épaisseur d'un quart de centimètre. Un autre jour, on aspergeait des choux, avec un arrosoir, et voyez dans la circonstance les beautés de la division des fonctions ! Mon prédécesseur et moi-même, avons fortement récriminé contre cette façon de faire, mais comme après tout, elle procurait à l'Etablissement une augmentation de revenus, notre intervention fut plutôt jugée déplacée et intempestive. Aussi, avait-on continué ces vieux errements et le personnel et les malades étaient décimés par la fièvre typhoïde et les affections intestinales. Pas plus que nous, notre successeur n'a eu gain de cause;la dothiénentérie continue à régner en maîtresse là-bas. Ayant pris en 1906 la forme épidémique, elle a fait de nombreuses victimes. Lui aussi a protesté mais, comme nous, il s'est heurté à un parti pris évident. Cet exemple, malheureusement vécu, ne prouve-t-il pas,jusqu'à l'évidence, que la culture maraîchère peut devenir un acte essentiellement médical ?

J'en dirai autant des démarches auprès des fournisseurs. Loin de moi la pensée de vouloir démontrer que le

Directeur doit les faire toutes. A quoi servirait dès lors l'Econome ? Mais je prétends que certaines démarches s'imposent au médecin et que lui seul peut les mener à bien.

Je précise. Dans le même asile cité plus haut, il s'agit d'acheter des sondes nasopharyngiennes. L'économe s'acquitta de ce soin, mais mal. Je lui proposai de m'en occuper. J'essuyai un refus. De guerre lasse, je laissai faire et seulement au bout d'un mois et demi environ, je pus avoir ce que je désirais. Pendant ce temps, je ne pouvais utilement et facilement sonder mes malades. Dans un asile dirigé par un Directeur médecin, de tels faits se seraient-ils produits ? J'ai peine à le croire. Et les sommiers et les objets de literie, et beaucoup d'autres ustensiles en usage dans les asiles ? N'y a-t-il donc pas intérêt majeur à les faire acheter par les personnes telles que les médecins, seuls capables de connaître le bien des aliénés ; et un Directeur-médecin d'asile, va-t-il donc déchoir parce qu'il se sera occupé de ces multiples détails et se sera rendu chez les fournisseurs pour choisir le type, répondant le mieux aux besoins de ses malades et aux desideratas de l'hygiène ?

J'espère avoir démontré à l'aide de ces quelques exemples de la pratique journalière l'utilité qu'il y a à mettre à la tête des asiles, des médecins aliénistes et en disant « que tout est médical dans un asile » Esquirol ne faisait qu'exprimer une vérité qui selon moi est un véritable axiome. Si je me trompe, en tout cas, c'est en nombreuse compagnie, comme je vais le démontrer tout de suite.

A Toulouse, en 1897, au Congrès de Médecine mentale, dans un rapport sur l'organisation médicale des asiles d'aliénés, le Dr Doutrebente a rappelé dans une étude historique complète et documentée, l'opinion de médecins aliénistes les plus remarquables de France et de l'Etranger, sur la question de la réunion des fonctions. De ce rapport, je ne puis m'empêcher d'en donner des extraits peut-être trop oubliés aujourd'hui :

« Dans une maison d'aliénés disait Esquirol, il doit y avoir un chef et rien qu'un chef, de qui tout doit ressortir ; c'est le médecin qui dans cet établissement doit donner

l'impulsion, diriger, conseiller et surveiller malades et gens de service. »

« En 1834, Brierre de Boismont était partisan convaincu de la réunion des fonctions administratives et médicales. » « A la même date, Ferrus disait ; « L'autorité du médecin doit être sans limite,sous le rapport du traitement et de la Direction intérieure des asiles d'aliénés »; et plus tard commentant l'ordonnance du 18 décembre 1839, qui autorisait la réunion des fonctions de médecins et de directeur, il ajoutait : « La réflexion et l'expérience ont suffisamment appris que la direction médicale des asiles d'aliénés ne ressemble en rien à celle d'un hôpital ordinaire ; un médecin d'aliénés, outre le traitement médical, doit s'occuper de tous les *détails administratifs* qui peuvent concourir à la guérison de ses malades . Il faut une Direction médicale et morale, à l'appui de la Direction administrative. »

« Unus Consensus,Consentia omnia », rappelait Girard de Cailleux, en 1843, dans un article inséré dans les *Annales médico-psychologiques* sur *l'organisation et l'administration des asiles d'aliénés*, « où l'ordre, l'harmonie, l'unité de Direction, réclament l'intervention d'un seul homme contrôlé, d'ailleurs, par une Commission de surveillance sage et éclairée. Si l'on veut marcher, disait-il, dans la voie d'une réforme radicale des asiles d'aliénés ; si l'on veut réaliser des idées du bien,inspirées par une sage et haute philanthropie, il est nécessaire, dans l'organisation et l'administration de ces hospices, d'allier les principes médicaux à une judicieuse économie, à celle qui consiste, moins dans l'épargne de l'argent que dans son meilleur emploi. Pour atteindre ce but vraiment humanitaire, il faut avoir une connaissance approfondie des aliéniés, avoir étudié leurs besoins, surpris leurs inclinations avant d'appliquer les lois de la thérapeutique à leur guérison, c'est-à-dire à la construction de leur asile, au genre de surveillance qui leur convient, à l'hygiène réclamée par leur état. »

« L'immortel Pinel, considérait un hospice d'aliénés, comme un petit gouvernement absolu avec un organisme à tendances vicieuses, réclamant une force médicatrice, constamment dirigée par l'autorité centrale.

« Girard de Cailleux démontrait « que pour construire et organiser un asile d'aliénés, choisir le terrain, le site, l'emplacement et la nature des bâtiments, leur distribution, leur séparation pour le classement des malades, l'ameublement, le régime alimentaire, et les vêtements, le *Directeur médecin était nécessaire, indispensable.* »

« Le Dr Moreau de Tours, publiant ses notes de voyage sur les établissements d'aliénés en Allemagne, était partisan convaincu de la réunion des fonctions de Directeur et de médecin en chef. »

« Dans un asile d'aliénés, disait Falret, j'ai *beau chercher les fonctions d'un Directeur et celles d'un médecin, je ne trouve que celles d'un médecin.* ». — Le Dr Morel, ayant remarqué les avantages obtenus par la réunion des fonctions écrivait : « Pour éviter que l'autorité tiraillée en divers sens n'ait pas l'unité d'action si nécessaire pour atteindre le bien, en Allemagne, les médecins sont en même temps les Directeurs.

« Le Dr Renaudin, qui était certainement un savant de premier ordre, a laissé aussi une grande réputation d'Administrateur. En 1845, il a fait sur l'administration des asiles d'aliénés, des remarques judicieuses consignées en deux articles, dans lesquels il dit : « La direction d'un Asile d'aliénés est devenue une science médicale, intéressante à plus d'un titre. En devenant administrateurs, nous sommes devenus si je puis m'exprimer ainsi, *plus médecins.* »

Et plus loin : « L'ordonnance du 18 décembre 1839, autorise, disait-il, une heureuse innovation dont l'Allemagne donnait depuis longtemps l'exemple : la réunion des fonctions de Directeur et de Médecin. Cette organisation, la seule normale, *quelle que soit l'étendue de l'asile*, sera un jour étendue à tous les établissements, car malgré les minutieuses précautions prévues par le règlement du service intérieur, *il y aura toujours des froissements entre le médecin et le directeur, préjudiciables aux intérêts du service.* Le médecin est l'âme de l'Asile ; c'est sur lui que repose la responsabilité morale et, lui seul, est compétent pour résoudre et étudier les questions les plus importantes ; *ses inspirations vivifient la règle morte des règlements.* Dans un asile d'aliénés, il faut

l'unité de Direction, l'homogénéité du personnel, la subordination hiérarchique de tous les membres qui le composent, des attributions bien définies, l'absence de toute influence occulte et extra-réglementaire. Les limites imposées à l'action du médecin ne peuvent être fixées; l'administrateur doit s'effacer devant les préceptes d'une science qu'il ne peut contrôler ; l'organisation médico-administrative est la seule possible, mais le Directeur médecin doit consacrer toute son existence, à la mission qui lui est confiée. »

Le Dr Mundy (Moravie, réclamait pour les médecins aliénistes la Direction des asiles. »

« La *Direction* de l'asile public suivant Griesinger, doit toujours être *entre les mains d'un médecin en chef*, d'un aliéniste, vrai médecin. ». — Le Dr Dagonet parlant du Dr Renaudin dit :

« *Nous croyons comme lui qu'il faut être d'abord médecin* pour administrer convenablement un asile d'aliénés. La santé du malade, son bien être, tel est le but de l'institution ; tout doit être réglementé en vue de cet objet: le choix des moyens de traitement, leur application, l'impulsion à donner aux agents chargés d'exécuter les prescriptions, les dépenses elles-mêmes doivent avoir, dans leur majeure partie un caractère essentiellement médical. Nous ne traiterons pas ici la question de savoir, si un médecin peut administrer sans perdre ses qualités médicales et si la double fonction ne dépasse pas la mesure de ses forces. Pour nous, nous croyons que le *véritable médecin reste médecin quand même, qu'il peut sans aucune crainte prendre la responsabilité des services médicaux et administratifs si grands qu'ils puissent être,* pourvu que ceux-ci soient convenablement organisés et que lui-même trouve dans le personnel qui l'entoure un concours efficace. Loin de s'épuiser dans des luttes stériles et dans des vues divergentes, les forces du médecin-administrateur ne peuvent que s'agrandir en présence de la mission qui lui est confiée et le double service fonctionnera alors dans un parfait accord, si nécessaire à la prospérité de l'établissement. Que serait après tout l'asile où l'administration n'aurait pas ce caractère médical ? Ce ne serait plus la maison de santé! Le traitement n'y deviendrait plus qu'une chose accessoire. »

Comme cela est vrai, moi-même personnellement j'ai éprouvé les effets de cette opinion de Dagonet !

« Le Dr Henri Bonnet (1864) qui a été successivement

médecin en chef, puis Directeur médecin, se déclare partisan convaincu de la réunion des fonctions, et regarde comme une chose mauvaise, la division des pouvoirs conduisant fatalement à la lutte et aux rivalités forcées, soigneusement entretenues par les subalternes. » — « Le Dr Girolami, médecin-directeur du manicome de Pesaro en 1865, se *déclare partisan de la réunion des fonctions.* » — Le Dr Miraglia partageait les idées de son compatriote ».

« Le Dr Le Menant des Chesnais disait en parlant de la réunion des fonctions médico-administratives : « Nous croyons cette mesure bonne, parce que l'unité du service, les besoins du malade, les règles de l'hygiène et du traitement ne peuvent que gagner sous une direction médicale et consciencieuse. Pour notre compte nous ne pensons pas que l'importance de l'établissement puisse faire exception ».

« Le Dr Lunier dans un travail sur l'aliénation mentale en Suisse, prétendait que dans tous les asiles fondés depuis vingt ans, les fonctions avaient été réunies sur une seule tête, le médecin en chef, dont l'autorité était indiscutée ; « partout en Suisse, disait-il, on admet sans conteste que dans une maison d'aliénés la situation de médecin en chef ne doit jamais être subordonnée et qu'il doit toujours pouvoir manier sans entraves, ce *précieux instrument de traitement*, qu'on appelle *l'Asile* et surtout le personnel de surveillance. »

« Le Dr Pétrequin de Lyon, en 1873, concluait avec Esquirol que tout est médical dans un asile d'aliénés, que la médecine doit y avoir la haute main. » — « La séparation des fonctions médicales et administratives, à *peu près impossible à circonscrire en pratique d'une manière satisfaisante*, est, à un autre point de vue, une chose regrettable, elle devient une source de conflits où le bien-être des malades disparaît devant les questions d'intérêt personnel, elle porte trop souvent enfin une atteinte sérieuse, à la dignité du médecin par suite de l'empiètement inévitable sur ses attributions et de l'effacement qui peut en résulter de son influence morale et légitime. »

« Le Dr Guiseppe-Néry, médecin-directeur de l'Asile des aliénés de Pérouse, ne cachait pas sa répugnance profonde de voir un médecin en chef à côté d'un direc-

teur il voyait là une cause permanente de conflits. »

« Le Dr Bourneville, en 1879, proposait de donner la direction des asiles au médecin en chef, en confiant le service administratif à un *agent comptable*, placé hiérarchiquement après le médecin en chef et en sous-ordre. »

« Le Dr Bourneville, reproduisant les idées de la majorité de la Commission ministérielle pour la réforme de la loi sur les aliénés en 1885 (et non les siennes propres) reconnaît la nécessité de la réunion des fonctions dans les asiles où il n'y a qu'un médecin en chef et leur séparation, quand il y aura plusieurs chefs de service. » Et le Dr Doutrebente de dire à ce propos : « ce qui serait bien nécessaire et de l'avis général pour les asiles de 500 à 600 malades, ne le serait plus au-dessus de ce chiffre! C'est parce qu'il y aurait plusieurs médecins qu'il faudrait un directeur non médecin! A l'étranger on ne s'est jamais préoccupé de semblable objection. S'il y a trop de malades pour un médecin, on augmente le nombre des médecins ; mais on ne change pas le système ; on ne modifie pas la situation du directeur médecin. Ce qui se fait en Allemagne et en Suisse, ne serait pas possible en France ! Nous ne partageons pas cette manière de voir, car si les directeurs médecins sont surchargés de travail, ils peuvent se décharger sur le secrétaire de la direction d'une foule de détails qui absorbent leur temps et leur activité et, pour le service médical, il est toujours possible de leur donner un ou deux médecins adjoints si cela est nécessaire. »

« L'Inspecteur général Constans, en 1888, a longuement traité la question de savoir s'il convenait mieux pour les asiles grands ou petits d'avoir un directeur médecin, ou les deux avec des fonctions distinctes; il se montre très sévère pour les directeurs administratifs, et « ce *rouage encombrant*, d'une utilité contestable, pour ces détenteurs d'une fonction devenue la proie des gens qui n'en avaient jamais eu ou qui n'en avaient plus, une monnaie courante des faveurs ministérielles. C'est ainsi que l'on vit sans justification d'aptitude, des journalistes, des imprimeurs, d'anciens militaires, d'anciens commerçants et autres, des politiciens besogneux, par exemple, devenir directeurs. »

« Sans incriminer personne, attaquant seulement l'ins-

titution, le Dr Constant a démontré que le directeur, soit qu'il fût inerte ou entreprenant, entravait le mouvement progressif ou faisait de fausses manœuvres, décourageait les médecins en chef qui n'avaient d'autre tort que celui de n'être que médecins.

« Tout dans un asile, disait-il, peut entre Directeur et médecin devenir un *casus belli*. En droit, le directeur et le médecin sont hiérarchiquement égaux ; en fait le Directeur a toujours le pas sur le médecin ».

Quand le rapport de M. le Dr Doutrebente, dont je viens de donner des extraits, vint en discussion, de notables aliénistes et même des congressistes non aliénistes y répondirent. Ecoutons les paroles qu'ils prononcèrent à cette occasion.

M. Brunet : « Le service médical et administratif des asiles publics d'aliénés doit être confié à un Directeur médecin, excepté dans certains grands établissements, comme ceux de la Seine où le mouvement des malades est trop considérable, où le personnel est très nombreux, trop difficile à surveiller. La réunion des fonctions médicales et administratives est le meilleur moyen d'assurer l'unité et l'harmonie dans les services, d'organiser le travail des aliénés dans des conditions convenables, d'améliorer rapidement toutes les conditions hygiéniques, d'unir le bien-être des malades à une économie bien entendue dont nous sommes bien forcés de nous préoccuper. »

« M. Rey est un partisan formel de la réunion des fonctions de médecins et de celle de directeurs. Ayant été médecin en chef, il a pu, par expérience, se faire une opinion à ce sujet. Il a la conviction profonde que la réunion des fonctions permet seule d'assurer pleinement, le bien-être matériel et moral des malades, chose toujours difficile et trop souvent impossible quand les fonctions sont divisées ».

« M. Drouineau, Inspecteur général, intervenant dans la discussion, déclare tout d'abord qu'il n'entend pas donner l'opinion de l'administration supérieure, ne la connaissant pas, mais qu'il peut donner la sienne et celle de l'Inspection générale. Lui aussi, il est partisan de la réunion des fonctions, de celles du directeur et de celles du

médecin, ayant eu maintes fois à constater les inconvénients graves que créent les conflits qui surgissent là où la division des fonctions existe. Ce sont les aliénés qui finalement ont le plus à souffrir de ces conflits. Au contraire, là où le service médical et la direction sont dans une même main, on a, le plus ordinairement, constaté bonne administration, bon ordre, progrès et régularité dans le soin des malades. »

« M. Cullerre se range absolument à l'opinion émise par M. Doutrebente dans son rapport en ce qui concerne les directeurs médecins. »

« M. Giraud : « Messieurs, mon collègue le Dr Rey demande que chacun de nous vienne donner son opinion. Je réponds à cet appel. Je suis partisan de la réunion des fonctions de directeur médecin en chef et de directeur, parce que à mon avis le médecin doit avoir la haute Direction dans l'Asile et l'unité des services ne peut être assuré que s'il y a un chef unique. »

« M. Briand dit que, personnellement, il n'a jamais eu de conflits avec le directeur de l'asile de Villejuif, où il est médecin en chef. Il se déclare partisan de la réunion des fonctions de celles de directeur et de celles de médecin, parce qu'il estime que les unes et les autres ont une connexité intime et que dans tout ce qu'il fait, le directeur est obligé de tenir compte de l'élément médical et qu'il se trouve toujours obligé malgré lui à faire œuvre de médecin. »

M. Rebatel : « Je viens apporter mon approbation aux conclusions de notre confrère Doutrebente, non pas comme médecin aliéniste (mon opinion aurait peu de valeur, après celles beaucoup plus autorisées qui viennent de se produire). mais comme membre du Conseil Général d'un département dans l'Asile d'aliénés duquel il y a division des fonctions. J'ai maintes fois constaté, les inconvénients de cette division au point de vue des relations qui existent entre l'Asile d'une part, le Conseil général et l'administration préfectorale de l'autre. L'unité manque souvent dans les idées directrices de l'Asile, et ce défaut ressort clairement de la comparaison des rapports annuels adressés au Conseil général par le directeur et le chef du service médical. Ces rapports, partant d'un point de vue

différent, contiennent des observations, des désidérata dissemblables pour ne pas dire contradictoires. Ils perdent forcément toute autorité. Le Conseil général ne demande pas mieux que de les opposer l'un à l'autre pour rester dans une inertie préjudiciable à l'amélioration de l'asile(1). Aussi, pour peu qu'il y ait conflit entre médecin et directeur, toute amélioration, tout progrès, toute mesure d'ordre devient impossible. Le médecin demande des réformes, que le directeur ne peut ou ne veut pas réaliser et celui-ci dit, que s'il ne fait rien de bien, la faute en est au médecin. Une situation de ce genre est des plus mauvaises. Mais l'inconvénient le plus grave est certainement l'absence d'une responsabilité unique. Toute responsabilité divisée est rendue par cela même presque illusoire. Le règlement le plus minutieux pourrait-il limiter exactement les responsabilités de la Direction et du service médical? Il ne faut pas y compter et de ce manque d'unité résulte aussi bien une inattention dans la prévision d'un accident possible, qu'une incertitude inévitable dans la répression, une fois l'accident survenu. »

Après les manifestations de ces diverses opinions, M. Doutrebente résumant les débats s'exprimait ainsi : « J'ai proposé de placer la Direction médicale et administrative entre les mains d'un seul, parce que de l'enquête à laquelle je me suis livré, tant en France qu'à l'étranger, du dépouillement des nombreuses fiches bibliographiques, que j'avais prises en parcourant les travaux de nos prédécesseurs, il résultait pour moi cette

(1) Il existe quelque part en France un asile où pour plus de 1000 malades il n'y a *qu'un médecin en chef* et 2 internes, non nommés au concours d'ailleurs, pour assurer le service médical. En vain, les médecins en chef qui s'y sont succédé, l'inspection générale et le ministère lui-même dans plusieurs lettres successives ont-ils à diverses reprises demandé la création d'un poste de médecin adjoint. Toujours le directeur administratif ou s'y est opposé ouvertement ou bien, après avoir fait prendre une délibération à la commission de surveillance en faveur de cette création a intrigué auprès du Conseil général (c'est du moins ce qui m'a été affirmé) en lui en démontrant l'inutilité. C'est dans le même asile, d'ailleurs, qu'il y a un quartier d'agités contenant 140 malades et quels malades ! ! avec seulement 4 infirmiers préposés à leur surveillance, et cela malgré les demandes réitérées et de l'inspection générale et du médecin en chef de l'asile.

conviction : que le Directeur médecin était réclamé à l'unanimité à l'exception bien entendu de MM. Chambard, et surtout Marandon de Montyel, et je suis heureux de constater qu'en leur absence regrettable de ce congrès personne n'a fait d'opposition à cette mesure. Notre excellent collègue, M. Charpentier, a bien fait quelques réserves en disant qu'un bon médecin aliéniste ne pouvait bien ne pas être un administrateur. Cela est possible, je l'accorde : mais je me permets, cependant, d'insister, en lui faisant remarquer qu'une semblable exception ne peut infirmer la règle et qu'il n'y a pas d'ailleurs en matière administrative des choses pour apprendre à un médecin qui en a vu bien d'autres. »

D'une étude approfondie à laquelle je me suis livré, il résulte qu'à l'étranger, toujours et partout les fonctions médico-administratives sont réunies. Il en est ainsi en Angleterre, en Ecosse, en Allemagne, en Suisse, en Italie, en Norvège, en Suède, en Russie, dans la République Argentine, etc. Serait-ce que, dans ces pays, la science psychiatrique, l'assistance des aliénés et l'organisation médicale des asiles sont en retard sur nous ? Mais alors, pourquoi, dans notre beau pays de France, certains médecins aliénistes s'évertuent-ils sans cesse à nous donner en exemple tout ce qui se fait à l'étranger ? Dans le numéro d'Avril des *Archives de Neurologie*, le Dr Marie ne nous fait-il pas un éloge mérité de l'Asile de Mindrisio, dans le Tessin ? Et cependant, là encore dans cet asile ultra-moderne, il y a un directeur-médecin ! »

La nécessité de la réunion des fonctions médicales et administratives s'est d'ailleurs imposée pour notre armée nationale. Depuis dix-huit ans, la Direction du service de santé militaire a passé des intendants aux médecins militaires, justifiant ainsi, une fois de plus, les avantages de l'unité dans la Direction du service médical. « Qu'on ne dise pas, disait un médecin militaire, qu'un médecin ne peut pas être un administrateur, un directeur d'établissement ; les loisirs que lui laissent le service clinique peuvent être fructueusement employés à faire de la bonne Direction dans l'hôpital. C'est ce « qu'apprécient actuellement tous les médecins militaires qui sont à même de faire le parallèle, entre l'ancien et le nouveau régime. »

Le Dr Marie, cité plus haut, dans un article sur la tuberculose dans les asiles, n'a-t-il pas presque condamné la Direction administrative des asiles de la Seine en écrivant textuellement ceci ,à propos de la méconnaissance des avis médicaux par les directeurs dans une question si importante : « Tout cela montre la prépondérance nécessaire des avis médicaux dans un milieu *où la direction tend à devenir purement administrative* ». (*Revue de Psychiatrie*, novembre 1905.)

Le Dr Dubief veut un directeur médecin, à la tête de tout asile. Au cours des débats de la Chambre, il en a démontré l'utilité absolue et ce n'est que contraint et après bien des hésitations et dans un but de conciliation qu'il a laissé inscrire dans la nouvelle législation, qu'exceptionnellement,le ministère aura la latitude de nommer des directeurs non médecins.

Enfin, pour terminer, une Commission composée des Drs Pitres, Régis, Bégouin, Verger, Abadie, Lalanne, et Anglade,rapporteur, tous médecins dont on ne saurait nier la compétence,nommée récemment par la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux pour examiner le projet Dubief, s'exprime ainsi dans son rapport au paragraphe 8, concernant le service médical : « Un asile doit être dirigé par un médecin aliéniste. C'est un principe peu contestable et d'ailleurs peu contesté. Le plus administratif des actes qui s'accomplissent dans un asile a un caractère médical et la loi établit une règle qui ne devrait souffrir que bien peu d'exceptions ».

Veuillez agréer, Monsieur le Rédacteur en chef et très honoré Maître, l'assurance de ma parfaite considération et de mes meilleurs sentiments confraternels.

Dr Dubourdieu.

Les *Archives de Neurologie* laissent toute liberté à leurs collaborateurs pour exprimer leur opinion. M. le Dr Bourdin a fait ses réserves au sujet de la réunion des fonctions de directeur et de médecin Nous ne partageons pas son avis, ainsi que nous n'avons cessé de le proclamer. Nous nous proposions de relever ce passage du travail critique très intéressant de M. le Dr Bourdin

lorsque nous avons reçu la lettre de M. le D[r] DUBOURDIEU, qui fournit toutes les raisons qui militent en faveur de la réunion des fonctions de médecin et de directeur. C'est ce qui existe dans la plupart des pays sinon tous : l'usine aux ingénieurs, le comptoir aux commerçants, l'hôpital (et l'asile qui doit être un hôpital) aux médecins. BOURNEVILLE.

Proposition de loi sur les aliénés.

(*Suite et fin.*) — Voir p. 254 et p. 334.

SECTION II. — *Des placements ordonnés par l'autorité publique ou placements d'office.*

ART. 26. — Le préfet de police dans son ressort, et, dans les départements, les préfets, ordonnent d'office le placement dans un établissement d'aliénés de toute personne dont le maintien en liberté compromettrait, en raison de son état d'aliénation, dûment constaté par un certificat médical dressé conformément aux prescriptions de l'article 13, la sécurité, la décence ou la tranquillité publiques, sa propre sûreté ou sa guérison. Les ordres des préfets sont motivés et doivent énoncer les circonstances qui les ont rendus nécessaires. Ces ordres, ainsi que ceux qui sont donnés conformément aux articles 27, 29 et 30 sont mentionnés sur le registre prescrit par l'article 20 ci-dessus, dont toutes les dispositions sont applicables aux individus placés d'office. Les arrêtés des préfets qui n'ont pas reçu leur exécution dans un délai de quinze jours cessent d'être exécutoires.

ART. 27. — En cas de danger imminent, attesté par le certificat d'un médecin ou par la notoriété publique, les commissaires de polices dans le ressort de la Préfecture de police, et les maires, dans les autres communes, ordonnent à l'égard des personnes atteintes d'aliénation mentale toutes les mesures provisoires nécessaires, à la condition d'en référer dans les vingt-quatre heures au préfet, qui statue sans délai, conformément aux prescriptions de l'article précédent.

ART. 28. — Dans un aucun cas, les aliénés dirigés sur un asile ne peuvent être ni conduits avec des condamnés ou des prévenus, ni déposés dans une prison. Lorsque, pendant le voyage de transport, un arrêt est indispensable, le malade est déposé dans un hospice ou hôpital civil, ou, à défaut, dans un local loué à cet effet. Dans tout chef-lieu judiciaire où il n'existe pas d'établissement public d'aliénés, l'hospice ou l'hôpital civil qui doit recevoir pro-

visoirement les personnes qui lui sont adressées en vertu des articles 26 et 27 est tenu d'établir et d'approprier un local d'observation et de dépôt destiné à recevoir provisoirement les aliénés non encore internés, avant ou pendant leur voyage et transport à l'asile. L'organisation et le fonctionnement de ces quartiers ou locaux sont à la charge du département et confiés au préfet.

Art. 29. — Les aliénés ne doivent pas être retenus en observation dans les hôpitaux et hospices civils ordinaires que le temps nécessaire pour pourvoir à leur transfèrement dans l'asile. Ces personnes doivent être renvoyées directement et immédiatement dans l'asile qui reçoit les aliénés du département. L'asile est assimilé dans toute la mesure possible à l'hôpital.

Art. 30. — Les admissions prononcées en vertu des articles précédents sont soumises aux dispositions des articles 17 et 18 de la présence loi.

Art. 31. — Le chef responsable de l'établissement est tenu d'adresser au préfet, dans le premier mois de chaque semestre, un rapport rédigé par le médecin de l'établissement sur chaque personne qui y est retenue, sur la nature de sa maladie et les résultats du traitement. Le préfet prononce sur chacune individuellement, ordonne sa maintenue ou sa sortie.

Art. 32. — A l'égard des personnes dont le placement a été effectué volontairement ou sur la demande des particuliers, et dans le cas où leur état mental pourrait compromettre la sécurité, la décence ou la tranquillité publiques, leur propre sûreté ou leur guérison, le préfet peut dans les formes tracées par l'article 26 et sur l'avis du médecin de l'établissement, décerner un ordre spécial à l'effet d'empêcher qu'elles ne sortent de l'établissement sans son autorisation, si ce n'est pour être placées dans un autre établissement. Le maintien ainsi prononcé est soumis aux dispositions des articles 17 et 18 de la présente loi.

Art. 33. — Les ordres donnés en vertu des articles, 26, 27 et 32 sont notifiés administrativement, dans un délai de trois jours, au maire du domicile des personnes soumises au placement, qui en donne immédiatement avis aux familles.

Art. 34. — Aussitôt que le médecin a déclaré, sur le registre tenu en exécution de l'article 20, que la sortie peut être ordonnée, conformément à l'article 21, les chefs responsables des établissements sont tenus, sous peine d'être poursuivis conformément à l'article 63, d'en référer au préfet qui statue dans les cinq jours, après avoir pris l'avis du curateur à la personne. Si le préfet n'a pas, dans ce délai, ordonné la sortie, le chef responsable de l'établissement est tenu, sous les mêmes peines, d'envoyer copie de la déclaration du médecin au procureur de la République, lequel adres-

se ses réquisitions écrites au président du tribunal. Celui-ci statue conformément à l'article 18.

SECTION III. — *Des condamnés reconnus aliénés et des aliénés dits criminels.*

ART. 35. — Les individus de l'un ou de l'autre sexe, condamnés à des peines afflictives et infamantes ou à des peines correctionnelles de plus d'un an et un jour d'emprisonnement, qui sont reconnus épileptiques ou aliénés pendant qu'ils subissent leur peine, et dont l'état d'épilepsie ou d'aliénation a été constaté par un certificat du médecin de l'établissement pénitentiaire, sont, après avis du médecin désigné par le préfet, retenus jusqu'à leur guérison ou jusqu'à l'expiration de leur peine dans les asiles ou quartiers de sûreté. Les autres condamnés épileptiques ou aliénés sont dirigés sur l'asile départemental, en vertu d'une décision du ministre de l'Intérieur. Chaque année, le ministre de l'Intérieur prescrit une inspection dans les prisons civiles et militaires aux fins d'examen des détenus qui pourraient se trouver dans les conditions prévues au présent article.

ART. 36. — Tout inculpé, prévenu ou accusé qui, à raison de son état d'aliénation mentale au moment de l'action, a été, à la suite d'une déclaration d'irresponsabilité, l'objet soit d'une ordonnance ou d'un arrêt de non-lieu, soit d'un jugement ou arrêt d'acquittement rendu par la juridiction correctionnelle, soit d'un acquittement en Conseil de guerre ou en Cour d'assises, est renvoyé devant le tribunal siégeant dans le même arrondissement que la juridiction de répression. Ce tribunal, en chambre du conseil, le procureur de la République entendu, ordonnera son internement soit dans un établissement d'aliénés, soit dans un asile ou quartier de sûreté, si son état est de nature à compromettre la sécurité, la décence ou la tranquillité publiques, sa propre sûreté ou sa guérison. La décision, par laquelle le prévenu ou l'accusé déclaré irresponsable est renvoyé devant le tribunal, interdit sa mise en liberté et ordonne qu'il sera retenu jusqu'à la décision du tribunal, soit dans un établissement public d'aliénés, soit dans un établissement privé faisant fonction d'établissement public, soit dans le local d'observation et de dépôt provisoire établi à l'hôpital ou à l'hospice, conformément à l'article 28. Le tribunal est saisi par l'ordonnance, le jugement ou l'arrêt qui prononce le non-lieu ou l'acquittement, ou par un arrêt de la Cour d'assisses, rendu en conformité du verdict déclarant l'irresponsabilité. Il est tenu, avant de statuer, d'ordonner une nouvelle expertise qui doit être contradictoire.

ART. 37. — En toute matière criminelle, le président, après avoir posé les questions résultant de l'acte d'accusation et des débats, avertit le jury, à peine de nullité, que s'il pense, à la majorité, que

l'accusé ou l'un des accusés est irresponsable il doit en faire la déclaration en ces termes : « A la majorité, l'accusé, à raison de son état d'aliénation mentale au moment de l'action, est irresponsable. »

ART. 38. — L'Etat fera construire ou approprier un ou plusieurs asiles ou quartiers de sûreté pour les aliénés de l'un et de l'autre sexe, qui doivent y être conduits et retenus, par les soins du ministre de l'Intérieur, en vertu de la présente loi.

ART. 39. — Pourront également être conduits et retenus dans les asiles ci-dessus spécifiés : 1° Les aliénés qui, placés dans un asile y auront commis un acte qualifié crime ou délit contre les personnes ; 2° Les condamnés reconnus aliénés dont il a été parlé à l'article 36, lorsqu'à l'expiration de leur peine le ministre de l'Intérieur aura reconnu dangereux, soit de les remettre en liberté, soit de les transférer dans l'asile de leur département.

Les aliénés dont il est question dans les deux paragraphes précédents seront immédiatement renvoyés devant le tribunal de l'arrondissement du lieu où est situé l'asile, qui statuera en chambre du conseil, dans les formes prévues à l'article 36, sur leur maintien dans l'asile ou le quartier de sûreté. Tout aliéné traité dans l'asile ou les asiles spéciaux créés en vertu du présent article peut être transféré dans l'asile de son département en vertu d'une décision du ministre de l'Intérieur, rendue sur la proposition motivée du médecin traitant.

ART. 40. — Lorsque la sortie d'un des aliénés internés en vertu des articles 35, 36, 39 est demandée, le médecin traitant doit déclarer si l'intéressé est ou non guéri, et, en cas de guérison, s'il est ou non suspect d'une rechute de nature à compromettre la sécurité la décence ou la tranquillité publiques et sa propre sûreté. La demande et la déclaration susdites sont déférées de droit au tribunal, qui statue en chambre du conseil dans les formes prescrites par l'article 36. Si la sortie n'est pas accordée, la chambre du conseil peut décider qu'il ne sera procédé à l'examen de toute nouvelle demande qu'à l'expiration d'un délai qui ne peut se profonger au delà de six mois. La sortie accordée est révocable et ne peut être que conditionnelle. Elle est alors soumise à des mesures de surveillance réglées par la chambre du conseil d'après les circonstances de chaque cas particulier. Si ces conditions ne sont pas remplies, ou s'il se produit des menaces de rechute, la réintégration immédiate à l'asile doit être effectuée, conformément aux dispositions prescrites par les articles 14, 27 et 36 de la présente loi.

SECTION IV. — *Sorties définitives ; sorties provisoires ; évasions.*

ART. 41. — Toute personne retenue dans un établissement d'aliénés peut, à quelque époque que ce soit, se pourvoir devant le

tribunal du lieu où est situé l'établissement, qui, après les vérifications nécessaires, ordonne, s'il y a lieu, la sortie immédiate. Il suffit à cet effet que le réclamant adresse une demande sur papier non timbré au procureur de la République, qui doit sans retard en saisir la chambre du conseil. Les personnes qui ont demandé le placement, le tuteur, le curateur, l'administrateur provisoire ou datif et le procureur de la République d'office, ou toute autre personne, peuvent se pourvoir aux mêmes fins. Dans tous les cas, communication de la demande est faite par le procureur de la République à la personne qui a fait le placement, au curateur, à l'administrateur provisoire ou datif et au tuteur, s'il s'agit d'un interdit. La décision est rendue sans délai en chambre du conseil. Cette décision, ainsi que celles prévues dans les articles 14 et 17 de la présente loi, peuvent être rendues sans le ministère d'avoué et seront exécutoires sur minute ; les notifications à faire au préfet et au chef responsable de l'établissement ont lieu en la forme administrative. Les frais de procédure faits à la requête du ministère public sont avancés conformément aux dispositions de l'article 61. Les actes judiciaires ou extrajudiciaires exclusivement relatifs à l'exécution du présent article et des articles 14 et 17 ci-dessus sont visés pour timbre et enregistrés en débet. Aucunes requêtes, aucunes réclamations adressées, soit à l'autorité judiciaire, soit à l'autorité administrative, soit au curateur, soit à l'administrateur provisoire, ne peuvent être supprimées ou retenues par les chefs d'établissements, sous les peines portées au titre IV ci-après.

Art. 42. — Les médecins des établissements autres que ceux mentionnés aux articles 35 et 38 peuvent autoriser la sortie, à titre d'essai, des malades pour une durée indéterminée. Si cette durée excède un mois, l'autorisation doit être approuvée par le préfet. Mention de ces mesures est faite sur le registre prescrit par l'article 20, et notification en est adressée au préfet, au procureur de la République, au maire de la commune et au curateur à la personne. Ce dernier, en cas de rechute du malade pendant son congé, doit veiller à sa prompte réintégration dans l'asile. A l'expiration du congé il fait les diligences nécessaires, soit pour la réintégration dans l'asile, soit pour la prolongation du congé, soit pour la régularisation de la sortie définitive. Une subvention qui n'excédera pas le prix de journée payé à l'asile pourra être accordée, sur le budget de l'établissement, à tout malade, pendant la sortie provisoire.

Art. 43. — Lorsqu'un aliéné s'est évadé d'un asile public ou privé, sa réintégration peut s'accomplir sans formalité, si elle a lieu dans un délai de quinze jours. Passé ce délai, il ne peut être réadmis dans un asile qu'à la condition qu'il soit procédé à son placement, soit volontaire, soit d'office, conformément aux pres-

criptions de la présente loi. Les mesures prescrites par l'article 13 sont applicables à la réintégration des aliénés évadés.

Section v. — *Administration des biens.*

Art. 44. — Dans chaque département, si la Commission de surveillance n'a pas désigné un ou quelques-uns de ses membres pour gérer gratuitement les biens des aliénés, une ou plusieurs personnes, nommées par le ministre de l'Intérieur sur une liste dressée par le tribunal civil du chef-lieu, remplissent, chacune dans sa circonscription, pour les personnes placées soit dans les établissements publics ou privés d'aliénés, soit dans les colonies familiales, les fonctions d'administrateur provisoire aux biens. Il est pourvu de même à la nomination on désignation des personnes chargées des fonctions d'administrateur à la personne. Pour les aliénés étrangers au département, s'il y a plusieurs administrateurs, la désignation de l'administrateur est faite par ordonnance du président du tribunal du domicile de l'aliéné.

Art. 45. — Le curateur à la personne, nommé conformément à l'article précédent, doit veiller : 1° A ce que les revenus de l'aliéné soient employés à adoucir son sort et à accélérer sa guérison, conformément à l'article 610 du Code civil ; 2° A ce que l'aliéné, en cas de sortie provisoire ou d'évasion, n'accomplisse aucun acte de nature à nuire à ses intérêts ; 3° A ce que l'aliéné soit rendu à l'exercice de ses droits aussitôt que sa situation le permet.

Le curateur peut provoquer la réunion du conseil de famille et le saisir de toute proposition tendant à la bonne gestion des intérêts de l'aliéné. Il peut faire appel devant le tribunal civil, contre le tuteur, le mari, l'administrateur provisoire légal, judiciaire ou datif, de toute mesure ordonnée ou autorisée par le conseil de famille ou la Commission de surveillance qui lui paraîtrait de nature à nuire aux intérêts de l'aliéné.

Art. 46. — L'administrateur provisoire, nommé conformément à l'article 44 ci-dessus, exerce les fonctions d'administrateur provisoire légal à l'égard de tout aliéné non interdit, placé dans un établissement public ou privé ou dans une colonie familiale, tant qu'il n'a pas été pourvu par le tribunal ou par le conseil de famille à la nomination d'un administrateur judiciaire ou datif.

Art. 47. — Les parents, le conjoint, l'associé de l'aliéné, l'administrateur provisoire, le curateur à la personne et le procureur de la République peuvent toujours provoquer la nomination d'un administrateur judiciaire. Cette nomination est faite par le tribunal civil du domicile de l'aliéné, en chambre du conseil. Elle doit être précédée de l'avis du conseil de famille, mais seulement lorsqu'elle est demandée par les parents, le conjoint ou l'associé. Dans le cas où l'aliéné a des parents proches, compris dans l'énumération de

l'article 9, paragraphe 1er, ci-dessus, il peut être pourvu d'un administrateur datif ; cet administrateur est nommé par le conseil de famille de l'aliéné, réuni à la demande de tout parent, et même d'office. Cette nomination doit être homologuée par le tribunal statuant en chambre du conseil, le ministère public entendu. Sur la notification de cette nomination, l'administrateur provisoire légal, s'il a exercé ses fonctions, rend son compte d'administration, qui est reçu par l'administrateur datif. Ce compte est rendu de même en cas de nomination d'un administrateur judiciaire.

Art. 48. — Le mari non séparé de corps est de droit l'administrateur provisoire des biens de sa femme placée dans un établissement d'aliénés ou dans une colonie familiale. La femme non séparée de corps dont le mari est placé dans un établissement d'aliénés ou dans une colonie familiale peut être autorisée, par ordonnance du président, a faire les actes d'administration qu'il déterminera. Si l'aliéné est commerçant ou s'il est engagé dans une exploitation industrielle ou agricole, le président peut, sur la demande du conjoint ou de l'associé,et contradictoirement avec l'administrateur provisoire légal, judiciaire ou datif, conserver, soit au conjoint, soit à l'associé, la direction des affaires particulières ou sociales, Dans ce cas, le conjoint ou l'associé doivent communiquer à l'administrateur ,au moins une fois par an un état sur la situation financière de l'entreprise.

Art. 49. — Dans tous les cas, la personne chargée de l'administration des biens d'un aliéné, autre que le mari, doit remettre au curateur, qui le communique au procureur de la République, un état de la situation de la fortune de l'aliéné, une première fois dans le mois de son entrée en fonctions, et ultérieurement, une fois tous les ans.

Art. 50. — L'administrateur provisoire peut faire tous actes conservatoires et intenter toute action mobilière ou possessoire, défendre à toute action mobilière ou immobilière dès l'admission de l'aliéné dans un établissement public ou privé, et sans attendre la décision de l'autorité judiciaire sur sa maintenue ou sa sortie. Néanmoins,le président du tribunal, statuant en référé, peut, sur la demande de la personne internée ou de toute autre personne en son nom, ordonner que l'administrateur provisoire s'abstiendra de tout acte d'immixtion pendant le délai qu'il fixera. L'administrateur provisoire procède au recouvrement des sommes dues à l'aliéné et à l'acquittement des dettes ; il passe les baux dont la durée n'excède pas trois ans. Les baux de plus de trois ans, sans qu'ils puissent excéder neuf ans, conformément à l'article 1429 du Code civil, doivent être autorisés spécialement par la Commission de surveillance. Avec la même autorisation, précédée de l'avis du médecin traitant sur l'état de l'aliéné, l'administrateur peut vendre

les biens mobiliers de l'aliéné, lorsque leur valeur ,d'après l'appréciation de la Commission de surveillance, n'excède pas 1.500 francs en capital. Si la valeur dépasse cette somme ou s'il s'agit d'immeubles, il faut, en outre, l'homologation du tribunal statuant en chambre du conseil, le ministère public entendu. Dans ce dernier cas, la vente des immeubles se fera aux enchères publiques, soit devant le tribunal, soit devant un notaire commis. L'administrateur provisoire reçoit toutes les sommes appartenant à l'aliéné, soit qu'on les trouve sur la personne de celui-ci ou à son domicile, soit qu'elles proviennent des recouvrements et ventes ou de toute autre cause. Il en donne quittance aux tiers.

Si l'aliéné est placé dans un établissement public, l'administrateur provisoire doit dans le plus bref délai et au fur et à mesure des rentrées ,verser toutes les sommes appartenant à l'aliéné à la caisse de l'établissement ,et le cautionnement du receveur est affecté à la garantie desdits deniers par préférence aux créanciers de toute nature. Lorsque les sommes dont il s'agit excèdent les besoins courants de l'aliéné, il en est fait emploi par l'administrateur provisoire. Cet emploi est réglé, le curateur entendu, par la Commission de surveillance quand le capital ne dépasse pas 1.500 francs, avec l'homologation du tribunal statuant en chambre du conseil quand le chiffre est supérieur. Si l'aliéné est placé dans un établissement privé, l'administrateur provisoire est autorisé à conserver entre ses mains, sous le contrôle du curateur, les sommes nécessaires aux besoins de l'aliéné lorsqu'elles n'excèdent pas 1.500 francs. Audessus de ce chiffre, le mode de conservation doit être approuvé par le président du tribunal. L'emploi des sommes qui ne sont pas nécessaires aux besoins de l'aliéné est réglé, suivant qu'elles excèdent ou non 1.500 francs, comme il est dit au paragraphe précédent. Les titres provenant de ces emplois et tous autres titres appartenant à l'aliéné, s'ils sont au porteur, doivent être déposés à la Caisse des dépôts et consignations.

Art. 51. — Les pouvoirs de l'administrateur judiciaire ou de l'administrateur datif, quant aux biens, sont les mêmes que ceux du tuteur de l'interdit. Ils sont régis par les mêmes règles et soumis aux mêmes conditions, à l'exception de l'hypothèque légale. Dans aucun cas, ces pouvoirs ne peuvent être moindres que ceux de l'administrateur provisoire légal. L'article 511 du Code civil est applicable aux aliénés placés dans un établissement public ou privé. Les successions ouvertes au profit d'un aliéné ne peuvent être répudiées qu'avec l'autorisation du conseil de famille, homologuée par le tribunal civil. L'autorisation de la Commission de surveillance ne peut, en ce cas, suppléer l'autorisation du conseil de famille. Elle suffit au contraire pour l'acceptation bénéficiaire.Sont applicables à l'administrateur provisoire légal, judiciaire ou datif,

les dispositions des sections 8 et 9 et titre X, livre 1, du Code civil, ainsi que celles de la loi du 27 février 1880, en tant qu'elles ne sont pas contraires aux dispositions de la présente loi. Ces administrateurs ne sont pas assujettis à l'hypothèque légale. Toutefois, sur la demande des parties intéressées, du curateur ou du procureur de la République, le jugement qui nomme l'administrateur judiciaire, peut en même temps constituer sur ses biens une hypothèque générale ou spéciale, jusqu'à concurrence d'une somme déterminée par le jugement.

En ce qui concerne l'administrateur datif, le conseil de famille peut, soit dans la délibération contenant nomination, soit à toute époque postérieure, demander la constitution sur ses biens d'une hypothèque générale ou spéciale ; la délibération est transmise par le juge de paix au procureur de la République, qui la soumet à l'homologation du tribunal statuant en chambre du conseil. Le procureur de la République doit, dans le délai de quinzaine et après acceptation de ses fonctions par l'administrateur judiciaire ou datif, faire inscrire l'hypothèque. Elle ne date que du jour de son inscription. Les dispositions du Code civil sur les causes qui dispensent de la tutelle, sur les incapacités les exclusions ou des titutions des tuteurs, sont applicables à l'administrateur judiciaire ou datif.

Art. 52. — Les significations à faire à la personne placée dans un établissement d'aliénés ou dans une colonie familiale doivent être faites au tuteur, si la personne est interdite à l'administrateur provisoire légal, judiciaire ou datif, suivant le cas.

Dans le cas de signification de pièces relatives à une instance en interdiction, en divorce, en séparation de corps ou de biens, en désaveu de paternité, en maintenue du placement ou en sortie de l'établissement, cette signification doit être faite, en outre, à peine de nullité, à l'aliéné lui-même, parlant à sa personne. Il n'est point dérogé aux dispositions de l'article 173 du Code de commerce. Le curateur intervient de droit dans toutes les instances mentionnées au deuxième paragraphe du présent article. Le tuteur de l'aliéné interdit et, en cas de non-interdiction, l'administrateur provisoire, légal judiciaire ou datif, peuvent, en vertu du mandat exprès qu'ils en auront reçu du conseil de famille ou, à son défaut, du tribunal, intenter au nom de l'aliéné une action en divorce, en séparation de corps ou de biens. Si le conjoint est administrateur, l'action pourra être intentée en vertu d'une délibération conforme du conseil de famille provoquée par le tribunal qui désignera un administrateur *ad hoc* chargé d'intenter et de suivre le procès. Les délais de l'action en désaveu de paternité, fixés par les articles 31 et suivants du Code civil, ne courent pas contre l'aliéné placé dans un établissement public ou privé, jusqu'au jour de sa sortie définitive de l'établissement et, en cas d'interdiction judiciaire, jusqu'au jugement de main-levée.

Art. 53. — Les pouvoirs de la Commission de surveillance et de l'administrateur provisoire légal, ceux de l'administrateur judiciaire ou datif, cesseront de plein droit dès que la personne placée est sortie définitivement de l'établissement ; ils subsistent pendant les sorties provisoires, et, en cas d'évasion, jusqu'à ce que la sortie définitive ait été décidée. Les pouvoirs de l'administrateur judiciaire cessent de plein droit à l'expiration du délai de trois ans ; ils ne peuvent être renouvelés qu'après que ledit administrateur a fourni au curateur les états de situation prescrits par la présente loi.

Art. 54. — Tous actes faits par l'aliéné, même non interdit, dès le premier jour de son admission et pendant la durée de son internement, nonobstant toute sortie provisoire, sont, comme ceux faits par l'interdit, soumis aux règles des articles 512 et 1125 du Code civil. L'action en nullité est soumise aux règles de l'article 1304 du Code civil. Toutefois les dix ans ne courent, à l'égard de l'aliéné, après sa sortie définitive, qu'à dater de la signification qui lui a été faite des actes souscrits par lui ou de la connaissance qu'il en a eue, et, à l'égard de ses héritiers, qu'à dater de la signification qui leur en a été faite ou de la connaissance qu'ils en ont eue après sa mort. Lorsque les dix ans ont commencé à courir contre l'aliéné, ils continuent de courir contre les héritiers. L'internement dans un asile d'aliénés, maintenu par décision de l'autorité judiciaire, a le même effet qu'une demande en interdiction, au point de vue de l'application de l'article 504 du Code civil.

Art. 55. — Les causes concernant les personnes, même non interdites, qui sont placées dans un établissement public ou privé d'aliénés ou dans une colonie familiale, sont communiquées au ministère public.

Toutes les décisions judiciaires prévues par la présente loi, à l'exception de celles rendues en vertu des articles 47, 50, 51, 52, sont susceptibles d'appel à la requête de tout intéressé et du procureur de la République, quand il est partie principale. L'appel doit être relevé dans les cinq jours, à partir de celui où la décision aura été rendue ; il sera fait par simple déclaration au greffe et porté, par les soins du parquet, à la connaissance des intéressés. La Cour devra statuer dans la quinzaine à compter de la date de l'appel, en chambre du conseil, les intéressés prévenus par les soins du procureur général ; l'arrêt pourra être rendu sans le ministère d'avoué ; il sera exécutoire sur minute.

Titre III. — *Dépenses et recettes du service des aliénés.*

Art. 56. — Sont conduits dans l'établissement départemental, les aliénés dont le placement a été ordonné par le préfet, à moins que la famille ne demande leur admission dans un autre établissement spécial et ne subvienne aux frais de leur entretien. Les aliénés placés volontairement ou sur la demande des particuliers y sont également admis dans les conditions réglées sur la proposition du préfet par le Conseil général.

Art. 57. — La dépense du transport des personnes dirigées par

l'Administration sur les établissements d'aliénés est arrêtée par le préfet, sur le mémoire des agents préposés au transport. En l'absence de traités réglant la dépense de l'entretien, du séjour et du traitement des aliénés placés dans les établissements publics, cette dépense est réglée d'après un prix de journée arrêté par le ministre de l'Intérieur pour les asiles de l'Etat, par les Conseils généraux pour les asiles départementaux, par les Commissions administratives pour les quartiers d'hospices et par les Commissions de surveillance pour les asiles qui jouissent de la personnalité civile. Pour les asiles privés faisant fonction d'asiles publics, la dépense ci-dessus est fixée par les traités passés avec le département, conformément à l'article 4. Dans aucun cas, les Conseils généraux ne peuvent disposer des réserves ou des excédents de recettes des asiles pour les appliquer à un autre service qu'à celui des établissements qui les auront réalisés. Les recettes et les dépenses des quartiers d'hospice affectés aux aliénés sont l'objet d'une section distincte dans le budget de l'établissement hospitalier dont ils font partie, et le produit de leurs recettes doit leur être intégralement réservé.

Art. 58 .— Les dépenses énoncées en l'article 57 sont à la charge des personnes placées ; à leur défaut, à la charge de ceux auxquels il peut être demandé des aliments, aux termes des articles 205 et suivants du Code civil. S'il y a contestation sur l'obligation de fournir les aliments ou sur leur quotité, il est statué par le tribunal compétent, à la diligence du curateur à la personne de l'aliéné. Le recouvrement des sommes dues est poursuivi et opéré par le comptable du département, comme en matière de contributions directes.

Art. 59.— A défaut ou en cas d'insuffisance des ressources énoncées en l'article précédent, il est pourvu à la dépense par le département, sans préjudice du concours de la commune du domicile de secours de l'aliéné, tel qu'il résulte de la loi du 15 juillet 1893 d'après un tarif arrêté par le Conseil général, sur les propositions du préfet.

Les hospices sont tenus à une indemnité proportionnée au nombre des aliénés dont le traitement ou l'entretien était à leur charge et qui seraient placés dans un établissement spécial d'aliénés. En cas de contestation, il est statué par le Conseil de préfecture.

Art. 60. — Sont payés par l'Etat : 1° Les traitements et pensions de retraite des inspecteurs généraux du service des aliénés ; 2° Les dépenses des aliénés indigents n'ayant pas de domicile de secours départemental. Sont obligatoires pour les départements: 1° Les traitements des médecins directeurs, directeurs administratifs, secrétaires généraux et médecins traitants des asiles départementaux ; 2° Les traitements des médecins en chef préposés responsables, des médecins et des préposés responsables des quartiers d'hos-

pice ; 3° Les traitements des médecins des asiles privés faisant fonction d'asiles publics situés dans les départements. Les traitements prévus aux deux paragraphes précédents sont remboursés aux départements par les établissements intéressés.

Ces fonctionnaires et les fonctionnaires et employés des asiles publics, nommés par les préfets, conformément au paragraphe 4 de l'article 7, sont associés aux charges et bénéfices de la caisse des retraites du département où est situé l'asile. En cas de changement d'un de ces fonctionnaires d'un département dans un autre, les retenues versées par lui dans la caisse des retraites du département qu'il quitte, sont reversées dans la caisse du département où il se rend. Si l'un des fonctionnaires départementaux susdits est ou a été appelé à un emploi rétribué par l'Etat, conformément à la présente loi, les sommes versées par lui à la caisse des retraites du département qu'il quitte ou a quitté sont reversées au Trésor public, au compte du fonds des pensions civiles.

Art. 61. — Les honoraires de l'administrateur provisoire concernant les aliénés indigents sont mandatés par le préfet, sur taxe du tribunal et visa de la Commission de surveillance de l'asile et prélevés sur les biens des aliénés, d'après un tarif arrêté par un règlement d'administration publique.

Art. 62. — La dépense d'entretien des personnes traitées en exécution des alinéas 1° et 2° de l'article 30, dans les asiles spéciaux construits par l'Etat, est supportée par les départements auxquels ces personnes appartiennent, jusqu'à concurrence du prix de journée payé par chacun de ces départements pour ses aliénés ordinaires. Le surplus de la dépense d'entretien, s'il y en a, et les dépenses du transfèrement sont à la charge de l'Etat. Les dépenses d'entretien et de transfert des condamnés visés par l'article 35 restent entièrement à la charge de l'administration pénitentiaire. Il en est de même de la dépense des personnes placées pour une expertise médico-légale dans un établissement d'aliénés ou dans un quartier ou local d'observation ou dépôt, conformément à l'article 28 ci-dessus, jusqu'à ce qu'il ait été statué sur la poursuite dont elles sont l'objet.

Titre IV. *Pénalités.*

Art. 63. — Les chefs responsables des établissements publics ou privés d'aliénés ne peuvent, sous les peines portées à l'article 120 du Code pénal, retenir une personne placée dans un établissement, dès que sa sortie a été ordonnée par le préfet ou par le tribunal, conformément aux prescriptions de la présente loi, ni lorsque cette personne se trouve dans les cas énoncés aux articles 21 et 22.

ART. 64. — Les contraventions aux dispositions des articles, 8, 9, 13, 14, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 28, 29, 31, 32, 33, 36, 41 et 43 de la présente loi et aux règlements rendus en vertu de l'article 68, qui sont commises par les chefs responsables des établissements publics ou privés d'aliénés, et par les médecins employés par ces établissements, sont punies d'un emprisonnement de cinq jours à un an, et d'une amende de cinquante francs (50 fr.) à trois mille francs (3.000 fr), ou de l'une de ces deux peines seulement.

ART. 65. — Toute personne employée dans un établissement public ou privé d'aliénés qui, volontairement, s'est rendue coupable de sévices ou voies de fait sur la personne d'un malade, est punie d'un emprisonnement de cinq jours à trois mois et d'une amende de seize francs (16 fr.) à deux cents francs (200 fr.). ou l'une de ces deux peines seulement. Toute personne préposée à la garde, à la surveillance et aux soins des aliénés qui, par négligence ou inobservation des règlements, a compromis la santé d'un malade à elle confié, est punie d'une amende de seize francs (16 fr.). à cent francs (100 fr.). Le tout sans préjudice de l'application, s'il y a lieu, des peines édictées dans les articles 309, 311, 319, et 320 du Code pénal.

ART. 66. — Dans les établissements publics ou privés, visés à la présente loi, tout attentat à la pudeur consommé ou tenté sans violence sur la personne d'un aliéné, idiot, crétin, épileptique ou hystéro-épileptique de l'un ou de l'autre sexe, et avec connaissance de l'état de cette personne, est puni de la réclusion.

ART. 67. — Dans les cas prévus aux articles 63, 64, 65 et 66 ci-dessus, il peut être fait application de l'article 463 du Code pénal.

TITRE V. *Dispositions générales et transitoires.*

ART. 68. — Des règlements d'administration publique détermineront : 1° Les devoirs et attributions des commissions de surveillance et de tout le personnel médical et administratif ; 2° Les conditions auxquelles sont accordées les autorisations énoncées à l'article 3, les cas ou ces autorisations peuvent être retirées, les obligations auxquelles sont soumis les établissements privés autorisés, les bases sur lesquelles doit être calculé le montant des cautionnements ; 3° Les conditions d'organisation et de fonctionnement des asiles privés faisant fonction d'asiles publics, ainsi que les conditions du retrait d'autorisation et de la mise en régie de ces établissements, prévues par l'article 6 de la présente loi ; 4° Les conditions d'organisation, de fonctionnement et de surveillance des établissements prévus par l'article 2 de la présente loi ; des quartiers ou locaux établis, conformément à l'article 28 de la présente loi, pour le dépôt provisoire des aliénés non encore internés ou pour les expertises médico-légales sur l'état mental des inculpés ; 5° Les conditions dans lesquelles pourront être admis et hospitalisés provi-

soirement, dans les asiles d'aliénés et plus tard dans les quartiers et établissements spéciaux, les épileptiques non aliénés, les idiots, les crétins et les buveurs ; 6° Les conditions de traitement et d'avancement du personnel médical ou administratif nommé par le ministre ; 7° Et généralement toutes les mesures nécessaires à l'exécution de la présente loi.

Art. 69. — Dans les cas prévus par l'article 3 et 4, si le Gouvernement refuse son autorisation, cette décision, qui sera motivée, est susceptible d'un recours au Conseil d'Etat dans les formes légales.

Art. 70. — La présente loi est applicable à l'Algérie et aux colonies, dans les conditions à déterminer par un règlement d'administration publique. Elle sera affichée dans les parloirs ou vestibules des asiles ou établissements recevant des aliénés.

Art. 71. — La loi du 30 juin 1838 est abrogée ; toutefois celles de ses dispositions visées par l'ordonnance du 18 décembre 1839 qui ne sont pas contraires à la présente loi, restant en vigueur jusqu'à la promulagtion des règlements d'administration publique, mentionnés à l'article 68, qui seront rendus pour l'exécution de la présente loi.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

I. — Modifications hématologiques dans le délire transitoire ; par Klippel. (*L'Encéphale*, 1906, n° 3.)

Des modifications dans l'état du sang peuvent accompagner des états vésaniques simples. L'observation rapportée concerne un jeune homme, dégénéré héréditaire, qui présenta, deux années consécutives, un accès délirant à caractère maniaque, de courte durée et chaque fois suivi de guérison. Le dernier de ces accès a été traité à l'hôpital ; la phase d'acmée délirante s'est accompagnée d'une leucocytose abondante, le taux leucocytaire étant retombé à la normale à la fin de l'accès. Il est vraisemblable que dans de tels états, qui sont la marque d'une constitution psychique et non de lésions (apparemment du moins), les seules modifications circulatoires liées au dynamisme fonctionnel, des centres nerveux suffisent à provoquer des modifications hématologiques, au contraire d'une infection ou d'une intoxication qui produisent des troubles simultanés sur les organes hématopoiétiques et sur le système nerveux.

F. Tissot.

LI. — Euphorie délirante des phtisiques. Hétérotopie médullaire ; par DUPRÉ et CAMUS. (*L'Encéphale*, 1906, n° 5.)

Observation dont l'intérêt clinique réside dans l'association d'un état onirique très prolongé avec cet optimisme aveugle et cet illusionnisme continus qui caractérisent l'euphorie délirante des phtisiques. Cet état mental semble manifestement en rapport avec les lésions diffuses de l'écorce surtout frontale. On retrouve des troubles psychiques très analogues chez les cancéreux morphinisés. Les intoxications diverses qui se développent sur ces terrains prédisposés déterminent les altérations du cortex et les réactions psychopathiques constatées. Le sujet que concerne cette observation, présentait en outre une malformation médullaire curieuse consistant dans un bouleversement complet de la substance grise, surtout des cornes antérieures, à la région dorso-supérieure, et dans la déformation et le déplacement des cornes postérieures, à la région dorso-inférieure. Il n'y avait pas de trouble médullaire pendant la vie ; aucune altération histologique n'a été constatée. Il s'agit bien d'une anomalie congénitale, véritable stigmate physique de dégénérescence. F. TISSOT.

LII — Les séquelles psychiques des méningites cérébro-spinales aigues ; par SAINTON et VOISIN. (*L'Encéphale*, 1906, n° 3.)

L'existence de psychoses consécutives aux méningites cérébro-spinales est une vérité clinique admise par tout le monde, mais à laquelle manque la confirmation de documents précis Cette lacune tient à l'interruption de l'histoire pathologique des malades entre leur entrée à l'hôpital pour accidents méningitiques et l'éclosion des troubles psychiques. Il appartiendrait aux aliénistes de fouiller le passé de leurs malades, pour établir la réalité des rapports entre les deux ordres de faits. F. TISSOT.

LIII. — Les troubles psychiques dans les altérations des glandes à sécrétion interne ; par SAINTON. (*L'Encéphale*, 1906, n° 3 et 4.)

Importante revue générale, bibliographique et critique, des troubles psychiques liés aux altérations des glandes à sécrétion interne. Une large place y est faite aux manifestations thyroïdiennes : beaucoup de goitres exophtalmiques relèvent de l'intoxication thyroïdienne ; c'est à elle qu'il faut rapporter l'état mental des basedowiens, les troubles psychiques plus marqués (états d'excitation le plus souvent), enfin l'éclosion de syndromes morbides divers révélateurs de tares constitutionnelles (névroses dégénérescence mentale) et qui coexistent fréquemment avec le goître exophtalmique. L'hypothyroïdation chez l'adulte se traduit par une chute de l'activité cérébrale avec conservation de l'intelligence ; chez l'enfant, le myxœdème consiste en un arrêt de dé-

veloppement qui est d'autant plus complet que l'insuffisance thyroïdienne s'établit à une époque plus précoce de l'évolution ontogénique.

L'influence de la castration sur le psychisme est réelle : si l'ablation des testicules est pratiquée dans l'enfance, les modifications du caractère et de l'intelligence sont considérables (eunuchisme) ; plus tard cette influence est moindre, nulle même dans les cas de mutilation acceptée : (castration rituelle des skoptzys. Il en va autrement chez les individus castrés à la suite d'affection testiculaires : quand des troubles psychiques existent, il est cependant difficile de faire la part de ce qui revient à l'insuffisance de sécrétion interne et à la mentalité habituelle de ces malades.

L'insuffisance ovarienne peut être congénitale ou acquise : dans le premier cas elle produit l'infantilisme (dystrophie ovarienne de Dalché). Comme psychoses pouvant être rapportées à l'insuffisance ovarienne, on pourrait citer par hypothèse l'hébéphrénie Il est en effet fort difficile de préciser le rôle de l'ovaire dans les troubles mentaux de la menstruation et de la ménopause, comme aussi dans ceux qui suivent l'ovarectomie ; les résultats du traitement opothérapique peuvent seuls donner des indications sur ce point. Les troubles psychiques dus aux altérations de la pituitaire sont généralement assez légers ils ont été bien étudiés chez les géants acromégaliques par Launois et Roy.

On a décrit diverses manifestations de l'altération des capsules surrénales : une véritable encéphalopathie addisonnienne (Klippel), du délire (Addison), des états neurasthéniques (Dufour et Rogues de Fursac). L'insuffisance surrénale peut être une cause d'infantilisme (Morlot). L'hyperfonction crée l'hypertension et l'athérome artériels, origine de troubles mentaux.

Trop rares sont les documents sur les troubles psychiques liés à la persistance du thymus. Les diverses glandes à sécrétion interne fonctionnant dans une dépendance réciproque faite de synergies et d'antagonismes, les syndromes mentaux liés à leurs altérations sont ordinairement complexes, résultant de troubles concomitants dans le fonctionnement de plusieurs glandes. La conclusion pratique de cette étude est dans l'emploi systématique de l'opothérapie dans tous les cas qui peuvent en être justiciables. F. TISSOT.

LIV. — **La poésie dans les maladies mentales** ; par E. RÉGIS. (*L'Encéphale*, n° 3, 1906.)

De tout temps on a voulu établir des rapports entre la folie et le génie. Il est certain que nombre de poètes sont des déséquibrés, même des délirants ; les littérateurs décadents en particulier fournissent un notable contingent de névrosés, d'excentri-

ques, plus ou moins adonnés aux intoxications de luxe ; ce sont là des « malades poètes » plutôt que des « poètes malades », ils touchent ainsi de près à l'aliénation qui, loin d'anéantir chez l'homme le goût de la poésie, est susceptible de l'accroître et même de le créer ; l'auteur cite de nombreuses pièces de vers d'où l'art n'est pas exclu. F. T.

LV. — **Contribution à l'étude de la démence précoce** ; par M. Pighini. (In *Rivista sperimentale di Freniatria.* Reggio en Emilie, 1905, vol. XXXI, fasc. III-IV.)

Deux faits sont étudiés rapidement dans ce petit travail : 1° les caractères du pouls dans la démence précoce. On prend des cas de démence précoce paranoïde, hébéphrénique, paranoïde-catatonique, catatonique, hébéphréno-catatonique, dont plusieurs à une phase terminale. On observe ainsi une grande variation de fréquence du pouls, et une augmentation de tension de la paroi des artères. On peut conclure à une hypertension des parois des vaisseaux artériels, se traduisant par un tracé sphygmographique caractéristique du pouls ; 2° action d'un extrait spécial des glandes parathyroïdiennes sur la circulation et sur les échanges organiques des déments précoces. Cet extrait a un pouvoir anti-tétanique, et l'opothérapie parathyroïdienne améliore les symptômes. La contracture catatonique, la tachycardie, l'hypothermie et les autres troubles des échanges organiques seraient donc sous la dépendance d'une altération ou d'une absence fonctionnelle parathyroïdienne. J. S.

LVI. — **Folie et indicanurie (indoxylurie) ; note critique** ; par M. C. C. Easterbrock. (*The Journal of mental science*, octobre 1906.)

Après une étude critique des techniques employées par MM. Lewis Bruce et Townsend dans des recherches dont nous avons rendu compte ici même, l'auteur expose sa technique personnelle et le résultat de ses propres travaux : il a été amené à conclure que la présence d'un excès d'indican dans l'urine est due surtout à la constipation, souvent ancienne et rebelle chez les aliénés.

R. M. C.

LVII. — **Alcool et folie : effets de l'alcool sur le corps et l'esprit, tels qu'on les observe dans les salles des hôpitaux et des asiles et dans les salles d'autopsie** ; par M. F. W. Mott. (*The Journal of mental Science*, octobre 1906.)

Travail très nourri de faits et de recherches personnelles, accompagné de tableaux, très utile à consulter, mais dont une analyse même étendue ne donnerait qu'une idée très imparfaite.

R. M. C.

LVIII. — **Sur la psychologie des croisades** ; par MM. WILLIAM W. IRELAND. (*The Journal of mental Science*, octobre 1906.)

M. Ireland se plaît aux études de psychologie rétrospective, historiques ou littéraires où il utilise les richesses d'une érudition qui n'est pas seulement spéciale. A la vérité dans le présent travail, la psychologie des Croisades n'est pour ainsi dire pas formulée ; mais elle se dégage d'elle-même d'un tableau historique succinct, mais chaud et coloré. Misère en bas, oisiveté en haut, voilà les deux causes différentes et pourtant connexes qui ont poussé paysans et seigneurs à se laisser entraîner dans des expéditions follement imprévoyantes, où les uns espéraient trouver les jouissances de la terre dont ils étaient sevrés, les autres un aliment à leur activité sans emploi, et tous, par surcroît, les bénédictions du ciel. Et ces causes, parce qu'elles sont éternelles comme le monde, ne sont-elles pas les mêmes que celles qui poussent aujourd'hui encore la foule souffrante ou désenchantée vers toutes les idoles, aussi bien vers le char de Juggernauth que vers la grotte de Lourdes. En terminant l'auteur rappelle comme un symptôme de la mentalité de l'époque ces croisades d'enfants qui succédèrent aux autres et dont l'une dut être rapatriée, du moins ce qu'en survivait, par le Pape.

R. DE MUSGRAVE CLAY.

LIX.— **La pathologie de quatre cas d'idiotie épileptique** ; par M. HARVEY BAIRD. (*The Journal of mental Science*, juillet 1906.)

Les conclusions générales de ce mémoire servent en même temps de résumé aux points principaux de chacun des cas rapportés ; nous les reproduisons donc à peu près intégralement.

1° Ces cas démontrent la variété des lésions dans l'idiotie épileptique et la difficulté de donner une classification pathologique de l'idiotie. Au Congrès International de Médecine de Paris de 1900 Shuttleworth et Beach ainsi que Bourneville ont proposé des classifications à base anatomo-pathologique, mais il est malaisé de trouver un cas particulier qui soit conforme à un seul de leurs types ; en sorte que, à l'heure actuelle, il semble que la classification d'Ireland, qui est surtout clinique et étiologique, demeure la plus commode.

2° Ils indiquent aussi que de grosses lésions se rencontrent dans l'idiotie épileptique, par opposition à l'idiotie non épileptique Andriezen soutient que les lésions essentielles de l'idiotie épileptique sont de deux ordres : 1° une sclérose diffuse ou un développement exagéré des fibres nerveuses de la névroglie dans la substance cérébrale ; et 2° une altération simultanément étendue des cellules nerveuses qui est négative ou positive, la lésion négative étant caractérisée comme chez les imbéciles par une cellule à peu de prolongements, et la lésion positive par une augmentation du pig-

ment et un déplacement du noyau,c'est-à-dire une dégénérescence. Les cas rapportés par l'auteur ne révèlent aucune augmentation du pigment dans les cellules nerveuses ; 3° mais ils montrent la fréquence des altérations des membranes. Sur 73 cas de kystes de l'arachnoïde, Lewis a trouvé un seul cas d'idiotie et quatre d'épilepsie ; or, sur les quatre cas de l'auteur, il y avait dans deux formation de fausses membranes et dans un autre formation d'une plaque ostéoïde dans la dure-mère. Mais ce qui est plus important encore,c'est que dans tous les cas la pie-mère et l'arachnoïde étaient épaissies et opaques et que dans deux d'entre eux il y avait des adhérences très accusées. L'auteur pense que dans beaucoup de cas la méningite est la lésion primitive de l'idiotie épileptique ; dans un des cas il est manifeste qu'il en a été ainsi, mais dans deux autres il est à remarquer que la gliose a paru envahir les tissus de dehors en dedans, avec début et maximum d'intensité sous la piemère comme dans la paralysie générale. La dégénérescence myxœdémateuse consécutive peut s'expliquer par des lésions vasculaires, car les régions envahies correspondent en grande partie à la zone de distribution de la cérébrale moyenne. On conçoit facilement, d'ailleurs,que la méningite puisse être si souvent la lésion primitive car dans les intoxications des autres organes,dans les maladies fébriles, etc., si le système nerveux est atteint, c'est la méningite qui est la lésion la plus probable.

4° On voit aussi,par les observations rapportées,que les diverses couches de cellules cérébrales réagissent différemment à l'égard des agents irritants. Les grandes cellules pyramidales ont paru être les dernières à dégénérer et à disparaître, ce qui concorde avec l'observation de Lewis qui a constaté que dans l'idiotie épileptique, on voit se modifier le contour des cellules des couches supérieures, tandis que celui des cellules pyramidales demeure sans changement.

5° Enfin un autre fait résulte de ces observations,c'est la faculté que possède la substance grise de s'adapter à des conditions modifiées, c'est ce que démontre la quatrième observation dans laquelle l'idiotie était bien plutôt le résultat d'une défectuosité des voies conductrices entre les différentes parties de la substance grise que d'une défectuosité de la substance grise elle-même.

Au point de vue étiologique les cas rapportés ne comportent aucune explication satisfaisante. R. DE MUSGRAVE CLAY.

LX. — **Pathologie de la paralysie générale des aliénés** ; par W. Ford ROBERTSON. (*Morison Lectures* V.) (*The Journal of mental Science*, avril 1906.)

Ce travail renferme des recherches et des vues intéressantes et relativement nouvelles dont nous essayons de donner un aperçu,

qui sera forcément incomplet, le texte publié ici étant lui-même un résumé.

Les statistiques paraissent démontrer que la paralysie générale augmente de fréquence, son étiologie et sa pathogénie demeurent très obscures,car on voit que, de plus en plus,l'hypothèse de l'étiologie syphilitique est considérée comme insuffisante. Déjà en 1901, le Dr Bruce a publié des recherches sur la température et la leucocytose dans cette maladie, et montré que les accès fébriles reparaissent toutes les deux ou trois semaines et s'accompagnent de leucocytose, et que dans les dernières périodes la leucocytose reparaît de temps en temps sans élévation de la température. Il a conclu de ses observations que la paralysie générale est une maladie directement due à des toxines bactériennes attaquant l'organisme par la voie des muqueuses gastriques et intestinale, et il a confirmé son opinion par la recherche des modifications anatomiques du tube digestif. De nouvelles preuves de toxémie chronique ont été fournies par le Dr Ainslie qui a constaté une endartérite étendue et souvent très accusée des vaisseaux extra-cérébraux dans des cas où la sénilité ne pouvait pas être accusée de ces altérations.

De nouvelles recherches encore, personnelles ou dues à d'autres observateurs, ont révélé la présence dans les voies digestives et aériennes d'un bacille diphthéroïde, que l'on peut quelquefois isoler du cerveau. Les examens histologiques ont fourni un nouvel appoint à cette doctrine, ainsi que les cultures et les inoculations du bacille incriminé. Enfin on a pu s'assurer que des bacilles, possédant peu d'affinité pour les réactifs colorants, mais ayant une étroite ressemblance avec les bacilles diphtéroïdes, existaient dans le sang pendant les attaques congestives, dans le dépôt centrifuge du liquide cérébro-spinal retiré par la ponction lombaire, et dans l'urine.

Ces faits ont donné à penser que ces bacilles pouvaient quelquefois passer dans le sang et y être détruits par phagocytisme ; on a recherché alors l'action du sang vivant sur les cultures pures, et on a constaté que ces bacilles étaient très rapidement absorbés par les leucocytes et pouvaient être complètement dissous dans l'intérieur des globules blancs dans un espace de deux à trois heures; on a vu en outre que le pouvoir phagocytaire était beaucoup plus élevé chez les leucocytes des paralytiques généraux.

Il y a bien des raisons puissantes de contester l'origine essentiellement syphilitique de la paralysie générale et du tabes, et Bianchi et d'autres auteurs les ont savamment développées. Il n'est pas douteux que la syphilis joue ici un rôle important, mais ce rôle n'est pas directement pathogène et consiste à diminuer les moyens généraux et locaux de défense contre les bactéries, et nous sommes en possession des preuves les plus nettes que le paralytique

général subit une réelle toxémie bactérienne : l'auteur ici reprend et développe les arguments expérimentaux qui permettent de soutenir cette opinion, puis revenant à l'observation du malade, il montre que dans quelques cas une invasion bacillaire est repoussée avec succès (phagocytisme), après quoi survient une période plus ou moins longue où le bacille est tenu à distance : cliniquement, ceci correspond aux rémissions. Plus communément, il y a une absorption continue, mais comparativement légère, des toxines, et une succession d'invasions plus ou moins sérieuses, mais chaque fois repoussées. Finalement toutefois les forces défensives sont vaincues, et alors survient l'attaque congestive terminale. L'auteur aborde ensuite les applications du même ordre de faits au tabes. Il est évident que le paralytique général se défend, et souvent avec un succès prolongé, en fabriquant des éléments bactériolytiques. Il semble donc qu'il vaille la peine de reproduire ces éléments de défense chez des animaux inférieurs appropriés et de les employer comme agents thérapeutiques.

Cette méthode de traitement va d'ailleurs être expérimentée à l'Asile Royal d'Edinburgh. R. DE MUSGRAVE CLAY.

LXI. — **Quelques notes sur l'étude de la folie**; par A. Graham CROOKSHANK. (*The Journal of mental Science*, janvier 1906.)

Au sens conventionnel ou empirique, nous devons admettre que la folie est plus qu'une condition ou un état d'esprit et que la somme d'une série de phénomènes psychiques, et qu'elle comprend un état physique, une série de conditions physiques dont les signes diffèrent, non dans leur nature, mais dans leur groupement et leurs rapports, des signes physiques morbides que nous ne considérons pas d'ordinaire comme indicateurs de ce que nous appelons la folie. Mais il est nécessaire, dans l'étude de la folie, de considérer séparément la série des phénomènes psychiques et la série des phénomènes physiques. La série psychique à notre portée est très courte, et comme nous ne pouvons pas utilement chercher les causes psychiques des phénomènes psychiques de la folie, nous ne devrions pas parler des causes psychiques de la folie, pas plus que du traitement moral ou mental de la folie qui n'est qu'une partie d'un traitement physique. Et ici, il n'est peut être pas inutile de résumer en deux phrases la célèbre doctrine de Jackson sur la concomitance ou le parallélisme : Les états de conscience sont absolument différents des états nerveux. mais se rencontrent concurremment avec eux. Pour tout état mental il y a un état nerveux corrélatif mais sans interférence connue. Les partisans de cette doctrine ne peuvent évidemment pas admettre que les états psychiques soient l'*effet* des états physiques corrélatifs, mais ils peuvent concevoir entre ces états une coïncidence nécessaire.

Les phénomènes physiques essentiels de la folie se rencontrent

dans les états ou dans les rapports de celles des cellules cérébrales dont les activités normales sont accompagnées d'états de conscience qui, dans la folie, sont ou absents, ou troublés, ou anormaux. L'étude systématique de la folie doit par conséquent comprendre : 1° les phénomènes psychiques : mais nous ne pouvons pas observer les états de conscience chez les autres ; nous ne pouvons constater que ce que nous considérons comme l'expression physique des éléments nerveux concomitants des états conscients ; 2° les phénomènes physiques essentiels de la folie. Ceux-ci nous ne pouvons les étudier qu'en tenant compte des effets physiologiques des cellules dont les effets sont en corrélation avec le désordre des états de conscience, et en faisant la supposition, qui n'est après tout ni démontrée, ni démontrable, que les états de conscience qui, pour nous-mêmes, sont en corrélation avec certains états nerveux, ayant une expression physiologique définie, sont identiques aux états de conscience qui chez les autres, sont en corrélation avec des états nerveux ayant en fin de compte une expression identique.

Il y a bien des années, Lewes a défini l'« esprit » comme la somme des « phénomènes mentaux », cette définition rappelait fâcheusement celle de l'anatomiste qui décrivait le rein « un organe d'aspect réniforme ». Mais il faut se rappeler que la somme des états de conscience qui, chez un individu sain d'esprit ou non, constitue l'esprit, se compose non seulement de la conscience du moment, mais encore de la conscience devenue inconsciente, c'est-à-dire de phénomènes recouvrables par la mémoire. Et il se peut que l'on puisse concevoir ces états psychiques comme accompagnant des états fonctionnels et dynamiques de tous les centres nerveux, ou tout au moins ces états de conscience qui accompagnent des états nerveux inférieurs dans des conditions qui ne sont pas normales, mais peuvent ne pas exister dans des conditions normales, ou du moins n'existent, qu'à un degré inférieur de vivacité. L'auteur pense que l'étude des phénomènes psychiques ou de la série psychique, doit être dans une grande mesure, l'étude de l'ordre qui persiste dans la somme des états psychiques qui constituent pour chacun de nous et pour tous les « moi » du moment.

L'auteur entre ici dans des considérations intéressantes sur l'évolution de l'esprit chez l'individu, où elle est comme l'ont montré Schneider et Haeckel, une réflexion ou une image abrégée de l'évolution ascendants de l'espèce, et il rappelle les beaux travaux de Ribot sur l'évolution de la mémoire. Puis il fait remarquer que, dans la folie progressive, les totaux des états de conscience paraissent se succéder dans un ordre qui n'est pas seulement aussi net et aussi inexorable qu'à l'état sain, mais qui est effectivement le même.

Clouston a dit que la tendance pathologique et clinique la plus forte de toute forme de maladie mentale, était d'aboutir à la

démence, ou en d'autres termes, de progresser : cette proposition n'est qu'une forme nouvelle de la doctrine déjà ancienne de Sankey qui enseignait que la folie ne comporte qu'un seul et unique processus dont les diverses variétés ne sont différenciées que par des phénomènes nullement essentiels, que toutes les folies débutent par la mélancolie et tendent à se succéder dans l'ordre suivant : 1° mélancolie ; 2° manie ; 3° démence, succession qui peut, à n'importe quel moment, être interrompue par la guérison, laquelle donne alors lieu à une succession en sens inverse, 1° démence ; 2° manie ; 3° mélancolie. L'auteur entre ici dans quelques considérations où il serait trop long de le suivre sur ces diverses formes de maladies mentales.

La conception que propose l'auteur de la marche et du processus de la folie correspond exactement à la théorie de Sankey, et aussi à ce que nous pouvons prévoir, à *priori*, étant admis que la folie est un processus réductif de la mentalité agissant en sens inverse du processus de l'évolution.

On croit donc pouvoir considérer ici comme démontré : 1° que les phénomènes psychiques de la folie se manifestent dans le même ordre que ceux du sommeil, du délire, de l'intoxication, de l'anesthésie et de la sénilité ; 2° que cet ordre est inverse de celui que l'on observe dans le développement de l'individu ou de la race et après la terminaison du sommeil, du délire, de l'intoxication ou de l'anesthésie ; 3° que lorsque la folie guérit, l'ordre des phénomènes psychiques est celui du développement de l'individu ou de la race; 4° que la survenue, dans la folie, de délusions, d'hallucinations et d'obsessions, n'est pas en contradiction avec l'ordre ci-dessus énoncé de l'ordre des états de conscience, mais qu'elle en est au contraire la conséquence, ainsi que des états qui le déterminent, et qu'elle trouve des analogies dans l'histoire du développement et de la déchéance de l'individu et de la race ; et que, en outre, le caractère particulier des délusions et des hallucinations est déterminé par l'extension et la régularité (ou par les états inverses) du processus de dissolution.

Il est donc nécessaire, pour étudier systématiquement la folie, d'étudier séparément la série psychique et la série physique, sans confusion ou transmutation des termes. Dans la série physique, il est indispensable de considérer non seulement les différentes sortes d'états conscients, mais l'ordre suivant lequel ils apparaissent ; et c'est seulement lorsqu'on abordera l'étude de la série physique que l'on sera fondé à s'occuper de l'étiologie et du traitement. Particulièrement on aura à étudier ce qui a été défini comme les signes physiques de la folie. En procédant ainsi, on verra que la folie est un processus parallèle de dissolution psychique et physique, ayant l'aspect clinique décrit par Sankey ; on verra aussi que nous n'avons point à faire à des « maladies mentales », mais à des dissolu-

tions de l'esprit et du système nerveux, lesquelles varient d'intégralité, de régularité et de rapidité, et sont déterminées, en ce qui concerne le système nerveux, par diverses causes physiques. On abandonnera la vaine pratique qui consiste à essayer de classer ces processus en considérant comme des *choses* différentes ce qui n'est en réalité que des périodes différentes d'un seul et même processus, et on instituera une classification basée sur les causes des phénomènes physiques. On traitera la folie non plus par des paroles vides de sens « sur les remèdes appropriés moraux et mentaux », mais en employant les moyens physiques, sachant par expérience que la restauration des états physiques (nerveux) s'accompagne nécessairement de la restauration des états psychiques.

R. DE MUSGRAVE CLAY.

LXII.— **Note sur la terminologie et la classification psychiatriques** ; par M. Thomas DRAPES. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1906.)

L'observation que nous avons faite sur plusieurs travaux du même genre, quelle que soit leur importance, s'applique également à celui-ci : tous échappent à l'analyse. R. M. C.

LXIII. — **Sur quelques rapports entre l'aphasie et les maladies mentales** ; par M. SYDNEY J. COLE. (*The Journal of mental Science*, janvier 1906.)

Ce n'est pas d'aujourd'hui que l'on a pensé que l'étude de l'aphasie pourrait peut-être nous conduire à une connaissance plus approfondie des maladies mentales, et Wernicke en particulier a signalé l'importance des aphasies dites transcorticales considérées comme lien entre les aphasies et les maladies mentales ; l'auteur rappelle ensuite les travaux de Lichtheim, et attire particulièrement l'attention sur l'*écholalie* signalée par Lichtheim comme pathognomonique de l'état dont il s'agit. Il faut rappeler ici que l'écholalie n'a pas toujours été considérée par elle-même comme un symptôme aphasique : elle se rencontre en effet dans d'autres états mentaux où l'aphasie n'est pas signalée. L'écholalie comporte des degrés et aussi des formes différentes. Arnaud a essayé d'en décrire six formes, mais elles se confondent facilement les unes dans les autres, ce qui diminue la valeur de la classification: elle peut être passagère, notamment dans les empoisonnements par l'alcool et le chloroforme, et aussi, ce qui est plus intéressant, dans la ré-évolution consécutive aux crises d'épilepsie ; on la trouve aussi dans les états confusionnels épileptiques, sans que ceux-ci puissent être nettement rattachés aux attaques (Raecke) et l'auteur relate un cas dans lequel elle survint pendant des attaques Jacksoniennes.

Dans beaucoup de cas de folie aiguë à forme confusionnelle, on

constate, pendant de courtes périodes, des degrés moins accusés d'écholalie, mais il semble que ce soit toujours dans des cas où l'intelligence du langage parlé est défectueuse.

Si l'on passe aux cas d'écholalie s'accompagnant d'aphasie transcorticale sensorielle,on voit qu'elle se rencontre quelquefois dans les cas de lésions massives, surtout au voisinage du lobe temporal gauche ; mais souvent aussi dans des cas qui ne présentent aucune lésion de ce genre et qui sont tout simplement des cas de démence sénile, avec atrophie et dégénérescence artérielles très accusées. L'auteur rapporte ici plusieurs observations.

Les cas d'écholalie les plus difficiles à interpréter sont ceux qui accompagnent la manie grave, à début précoce et présentant à leur période initiale des symptômes de folie aiguë.

Plusieurs de ces cas paraissent répondre à la description de la démence précoce ; et ce serait surtout dans la forme katatonique que se rencontrerait l'écholalie (Kraepelin). Son apparition est le plus ordinairement tardive et coïncide alors avec une démence profonde, une inintelligence marquée du langage parlé et de l'incohérence paraphasique. Le diagnostic de katatonie ne paraît avoir ici aucune signification étiologique. L'auteur rapporte ici une très longue observation.

Comment se produit l'écholalie ? Pick interprète la conservation du langage imitatif chez certains déments aphasiques dans le sens de la doctrine de l'évolution et de la dissolution de Hughlings Jackson.

En effet, chez l'enfant, les premières acquisitions du langage (association des mots et des choses) se font par imitation : ce sont les plus simples et aussi les plus résistantes. Les autres associations, se rapportant à la signification des mots, sont complexes, mal définies,variables et beaucoup plus accessibles à la dissolution.

L'auteur termine par diverses considérations se rapportant aux cas rapportés dans le mémoire. R. DE MUSGRAVE CLAY.

LXIV. — **Lipomes multiples dans la paralysie générale** ; par M. Conolly NORMAN. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1906.)

Il s'agit d'un cas de paralysie générale qui présentait quelques particularités intéressantes, notamment le caractère très accentué des crises douloureuses au début, ce qui est inusité, ensuite la tendance au suicide, qui n'est pas exceptionnelle, mais qui est beaucoup moins fréquente qu'on ne le dit généralement, enfin la crainte délirante d'une infidélité conjugale. Mais le point qui attire ici le plus l'attention est la présence chez ce malade de lipômes multiples, fait qui n'a été, à la connaissance de l'auteur, signalé par aucun auteur anglais, et qui n'est signalé que dans l'ouvrage de Magnan et Sérieux, et dans un travail de Zargowla (*Annales médico-psychologiques de* 1891). Du fait actuel, l'auteur en rapproche un

autre, qu'il doit à l'obligeance du Dr Travers Smith ; ce second malade portait un certain nombre de petites tumeurs sous-cutanées, non douloureuses et paraissant être des lipômes ; mais ici le diagnostic est demeuré douteux en ce qui touche la paralysie générale.
R. de MUSGRAVE CLAY.

LXV. — **Le pronostic de la démence paralytique** ; par M. Georges GREENE. (*The Journal of mental Science*, avril 1906.)

L'auteur se propose d'étudier dans l'ordre suivant les différents points qui touchent à son sujet : 1° variations dans la marche de la maladie aux différentes périodes de la vie ; 2° influence du sexe ; 3° effets de l'alcool ; 4° variations dans la marche de la maladie suivant les états mentaux concomitants; 3° renseignements fournis par l'examen du fond de l'œil, des pupilles et des réflexes pupillaires ; 6° effet des convulsions épileptiformes ; 7° pronostic chez les dégénérés comparés aux sujets d'un développement supérieur ; 8° caractères spéciaux des cas juvéniles ; 9° caractères spéciaux dans l'association avec le tabes dorsalis ; 10° les types de malades chez lesquels surviennent des rémissions.

De son étude ainsi poursuivie, il a été amené à tirer les conclusions suivantes.

La principale indication favorable au point de vue de la possibilité des rémissions,consiste en la présence de la mélancolie, des hallucinations de l'ouie,de pupilles égales répondant à la lumière et de l'ivrognerie récente, mais il semble qu'il reste peu de chances de guérison passagère si après une période qui dépasse six mois on ne constate aucune amélioration.

a) La possibilité de survie existe surtout chez les jeunes sujets ; de 15 à 35 ans la durée de la maladie va régulièrement en diminuant ; de 35 à 40 ans on constate les formes les plus aiguës, et après ce dernier âge, la durée augmente, mais pour fléchir de nouveau quand la vieillesse approche. *b*) Les femmes vivent presque deux fois aussi longtemps que les hommes.

c) La marche de la maladie est ordinairement favorable dans les cas où l'alcoolisme est d'acquisition récente; *d*) l'apparition précoce de la démence est un signe très défavorable. Peu de mélancoliques survivent au-delà d'un an. S'il y a de la manie et de l'exaltation des idées,la marche est variable ; la présence d'idées fixes et de délire systématisé indique ordinairement que le cours de la maladie sera prolongé ; *e*) l'insensibilité des pupilles à la lumière, la lenteur de leurs réactions, leur alternance rapide sont autant de signes défavorables. Leur réaction normale à la lumière et l'apparition précoce de l'atrophie du nerf optique,sont des symptômes favorables au point de vue de la durée de la maladie ; *f*) les convulsions épileptiformes n'ont qu'une influence générale faible ou nulle sur la durée; *g*) les dégénérés vivent plus longtemps que les sujets à organisa-

tion supérieure ; *h*) chez les sujets jeunes la maladie suit une marche longue et chronique pour aboutir d'une façon régulièrement progressive à la démence ; *i*) l'association d'un début de tabes à un début de paralysie générale indique que le cours de cette dernière maladie sera prolongé. R. DE MUSGRAVE CLAY.

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE

XXIII. — **Industrie et alcoolisme** ; par M. W. C. SULLIVAN. (*The Journal of mental Science*, juillet 1906.)

L'auteur rappelle que, dans un précédent travail, il s'est attaché à distinguer deux formes d'alcoolisme, l'alcoolisme qu'il appelle convivial, et qui de sa nature est plutôt accidentel, et l'alcoolisme ouvrier, qui plus habituel, ou même tout à fait habituel est considéré par celui qui le pratique comme un adjuvant du travail. Chez la plupart des sujets, l'alcool à doses modérées agit en effet comme un véritable stimulant psycho-moteur augmentant considérablement le développement du travail musculaire; mais cette action stimulante est courte et ordinairement suivie d'un phase de dépression qui dépasse sensiblement la stimulation initiale; en outre l'action de l'alcool sur les fonctions sensorielles est invariablement déprimante: il diminue l'acuité des sensations et la rapidité des perceptions. Il faut donc pour que l'action, primitivement et en apparence utile de l'alcool se manifeste chez l'ouvrier, que son travail soit surtout un travail de force musculaire et que la dose d'alcool puisse être renouvelée fréquemment ; c'est alors que l'alcoolisme ouvrier devient fréquent il sera beaucoup plus rare chez un artisan exerçant un métier qui demande surtout de l'habileté et de l'adresse; et dans la pratique on sait qu'il en est le plus souvent ainsi.

On pourrait presque dire qu'il existe pour chaque métier ouvrier une forme traditionnelle d'alcoolisme, ayant pour base l'influence de l'alcool sur la capacité de travail nécessaire à l'ouvrier pour le bon exercice de son métier. Cette règle varie naturellement, suivant la facon spéciale dont chaque ouvrier se comporte organiquement vis-à-vis de l'alcool. Mais l'élément qui introduit le plus de variété dans les formes de l'alcoolisme ouvrier, c'est la facilité plus ou moins grande de se procurer de l'alcool pendant les heures de travail. C'est peut être par l'étude do ces considérations et par les indications qu'elles fournissent que l'on pourrait parvenir à restreindre l'alcoolisme ouvrier. R. DE MUSGRAVE CLAY.

XXIV. — **Un cas de tumeur cérébrale avec sommeil**; par MAILLARD et MILHIT. (*L'Encéphale*, 1906, n° 3.)

Dans cette observation, le sommeil fut le symptôme dominant, presque unique, puisqu'il faut lui rapporter les troubles de la sensibilité, des réflexes, de la parole, de la marche, qui cessaient d'exister si l'on parvenait à réveiller la malade de son sommeil invincible (car il s'agit bien ici d'un sommeil véritable et non d'un état comateux). Comme autres symptômes importants il y avait de la fatigue, de la céphalée et un notable degré d'obnubilation intellectuelle. La marche fut assez rapide. les derniers jours furent marqués par un maigrissement considérable et rapide (plus d'un kilogramme par jour.

A l'autopsie : pas d'œdème, pas de liquide céphalo-rachidien, une tumeur (glio-sarcome très vascularisé) dans le lobe temporo-sphénoïdal gauche. En raison de la diversité du siège des tumeurs cérébrales, il paraît impossible de rapporter le symptôme sommeil à l'altération d'un centre anatomique spécial ; de même que l'absence fréquente d'hypertension ne permet pas de le mettre sur le compte d'une compression générale de l'encéphale ; il est plus vraisemblable de l'attribuer à l'intoxication néoplasique.

F. TISSOT.

XXV. — **Un cas de maladie de Recklinghausen avec dystrophies multiples et prédominance unilatérale** ; par KLIPPEEL et MAILLARD. (*Nouv. Icon. de la Salp.*, 1906, n° 3.)

Observation d'un homme, dans les antécédents familiaux duquel on note le rhumatisme et des manifestations isolées de la neurofibromatose, rhumatisant lui-même, et qui présente deux catégories de troubles trophiques différenciés par leur origine embryologique : les uns symptomatiques de la maladie de Recklinghausen, d'origine ectodermique, les autres dépendants d'une dystrophie spéciale congénitale du tissu fibro-élastique, donc d'origine mésodermique. De la première il a les tumeurs sous-cutanées (névromes) et les nœvi pigmentaires. De la deuxième, il a tout un ensemble de signes : luxation spontanée de l'épaule, glissement des téguments de la région scapulo-humérale, hernie du poumon, abaissement du foie, du testicule et des bourses. — Tous ces troubles trophiques siègent du côté droit : or chez cet homme ce côté du corps est en état d'infériorité manifeste au point de vue dynamique : la force musculaire, la sensibilité générale, l'acuité visuelle et auditive y sont nettement diminuées (le malade est du reste gaucher) ; il en est de même au point de vue du développement général : asymétrie faciale, hypertrophie du sein et atrophie du testicule droit. Pour expliquer cette unitéralité dystrophique, il faut admettre en partie

l'influence du système nerveux central sur le développement ontogénique, se traduisant ici par l'infériorité fonctionnelle et nutritive de l'hémisphère gauche, contrairement à la règle générale.

Il y a donc lieu de distinguer de la maladie de Recklinghausen, une maladie plus complexe dans laquelle la trophicité est modifiée congénitalement à la fois dans les tissus qui dépendent du feuillet externe et dans ceux qui dépendent du feuillet moyen de l'embryon. F. Tissot.

XXVI. — **Iconographie de l'évolution d'un cas de maladie des tics**; par Roubinovitch. (*Nouv. Icon. de la Salp*, 1906, n° 3.)

L'intérêt de cette observation réside dans ce fait que le malade a pu reproduire devant l'objectif photographique et dans l'ordre chronologique de leur apparition, les tics dont il est atteint depuis dix ans. Ce cas démontre que la seule volonté du tiqueur ne suffit pas toujours à la cure des tics. Employée sans méthode, sans direction, sans moyens adjuvants, cette volonté peut n'aboutir qu'à leur transformation ou à leur extension. F. T.

XXVII. — **Otite chronique purulente, abcès cérébelleux, épilepsie**; par le Dr Deroitte. (*Bull. de la Soc. de méd. ment.* de Belgique, juin 1906.)

Il s'agit d'un malade atteint depuis son enfance d'épilepsie et d'une otite chronique purulente et qui a succombé à 32 ans à un abcès du cervelet. Il semble bien que l'épilepsie était dans ce cas symptomatique, car quand l'écoulement de l'oreille, pour une cause quelconque, se tarissait, les accès convulsifs étaient fréquents et précédés de migraines violentes. Lorsqu'au contraire le pus s'écoulait librement, migraines et accès convulsifs disparaissaient ou étaient rares.

A l'autopsie on constata une suppuration des cellules mastoïdiennes, une atrophie du nerf auditif, et un abcès du lobe gauche du cervelet (substance blanche et grise) et quelques altérations dégénératives de la moelle. G. D.

XXVIII. — **La neurasthénie vraie et les syndromes neurasthéniformes**; par le Dr Crocq. (*Bulletin de la Soc. de médecine mentale* de Belgique, décembre 1906.)

L'auteur s'efforce de réagir, dans cette note, contre la doctrine qui fait de la neurasthénie un syndrome défini, doctrine utile peut-être pour marquer notre ignorance, mais qui conduit à des erreurs de diagnostic et de pronostic des plus regrettables.

D'après M. Crocq les états neurasthéniques comprennent trois choses bien distinctes : 1° la neurasthénie vraie, maladie autonome et curable, qui n'exige pas un terrain héréditairement ou consti-

tutionnellement prédisposé et qui reconnait comme causes : le surmenage intellectuel et physique, les intoxications auto-intoxications, et toxi-infections, les chagrins prolongés, les traumatismes, etc.

2° Les états neurasthéniformes constitutionnels indélébiles et incurables (neurasthénie héréditaire ou constitutionnelle de Charcot), qui seraient en réalité des stigmates de la dégénérescence mentale.

3° Les syndromes neurasthéniformes accompagnant ou précédant certaines maladies organiques (tabes, démence précoce, paralysie générale, etc.) Le pronostic se confond naturellement avec celui des affections sus-indiquées. G. DENY.

ASILES D'ALIÉNÉS

I. — **Sur quelques aspects de la question des aliénés coloniaux**; par le Dr A. MARIE. (*Bull. de la Société de méd. mentale* de Belgique, 1905, n° 124.)

L'auteur établit dans ce travail que deux pays seulement ont constitué jusqu'à présent une assistance méthodique de leurs aliénés coloniaux : l'Angleterre et la Hollande. Il relate en outre un certain nombre de détails intéressants sur le fonctionnement de l'asile réorganisé d'Abatrich au Caire et insiste d'une façon particulière sur les conditions défectueuses dans lesquelles se trouvent placés les aliénés de nos colonies africaines ou asiatiques que, faute d'établissements spéciaux où ils puissent être soignés, on est obligé de rapatrier le plus souvent avec beaucoup de difficultés dans les asiles du midi de la France. G. D.

II — **Les gardes-malades mentales (ou dressées au service des asiles) ; leur situation et leur enregistrement** ; par T. OUTTERSON WOOD. (*The Journal of mental Science*, avril 1906.)

Travail concernant des questions d'administration intérieure des asiles. R. M. C.

III — **Le personnel de gardes-malades à l'asile Métropolitain de Leavesden ; notes sur un projet de promotion** ; par Frank ASHBY ELKINS. (*The Journal of mental Science*, avril 1906.)
Même observation. R. M. C.

IV. — **La colonie épileptique Daniel Lewens, à Manchester**; par M. Alcan Mac Dougall. (*The Journal of mental Science*, janvier 1906.)

Nous ne pouvons pas suivre l'auteur, et nous le regrettons, dans la description très détaillée des aménagements et des règlements intérieurs de cette colonie qui reçoit, des malades (hommes, femmes et enfants) de toutes les classes de la Société, et peut actuellement recevoir deux cents personnes. R. M. C.

V. — **Nécessité de l'intervention de l'Etat au profit des imbéciles**; par M. F. E. Rainsford. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1906.)

Le titre de ce travail en résume la pensée ; l'auteur étudie en détail le mécanisme possible de cette protection.

R. M. C.

VI. — **Sur l'étiologie de la dysenterie des asiles**; par M. W. Bernard Knobel. (*The Journal of mental Science*, avril 1906.)

Ce très intéressant travail, très documenté et accompagné de graphiques se termine par les conclusions suivantes :

La dysenterie en Angleterre est presque entièrement confinée dans les asiles d'aliénés. Elle ne se rencontre que rarement dans les autres grands établissements (prisons, workhouses.) L'accroissement des précautions prises durant les dernières années n'a déterminé aucune influence appréciable sur la mortalité causée par cette maladie. Il y a de fortes preuves en faveur de l'opinion suivant laquelle ce n'est pas un seul micro-organisme, mais plusieurs, qui, soit isolément, soit par infection mixte, peuvent donner naissance à la dysenterie.

Les mouvements du sous-sol au voisinage d'un asile d'aliénés sont très susceptibles d'être suivis d'une apparition de la dysenterie dans cet asile. Les preuves déduites du rapport qui existe entre l'inhalation des effluves du sevrage et la dysenterie,plaident énergiquement en faveur de la théorie suivant laquelle la dysenterie des asiles peut être causée par un micro-organisme qui habite normalement le colon et qui devient pathogène lorsque le pouvoir de résistance des tissus est suffisamment abaissé. L'apparition de la dysenterie chez les membres du personnel des asiles est probablement due,soit à une infection par une forme virulente de quelque micro-organisme très répandu, soit à un micro-organisme du colon devenu pathogène, par suite d'un abaissement de l'immunité dû à la respiration fréquente d'une atmosphère imprégné d'odeurs fécales.

Il y a de fortes preuves en faveur de la théorie suivant laquelle chez les aliénés,la vitalité et le pouvoir de résistance à l'infection de tous les tissus sont diminués par suite de l'altération du système

nerveux trophique. La dysenterie trouve un terrain particulièrement favorable chez les aliénés par suite de la détérioration des cellules nerveuses qui modifie les fonctions nerveuses trophiques du colon. Elle apparaît beaucoup moins facilement dans les cas de folie congénitale et chez les sujets dont la maladie mentale demeure stationnaire. Les arguments fournis par la statistique sont absolument contraires à l'opinion suivant laquelle la dysenterie se propagerait par le transfert d'une salle à une autre des malades guéris. R. DE MUSGRAVE CLAY.

VII.— **Sur quelques points concernant la tuberculose dans les asiles**; par W. F. MENZIES. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1905.)

Non seulement la tuberculose trouve dans les asiles un terrain tout préparé à favoriser ses ravages, mais au point de vue du pronostic des maladies mentales, il est certain qu'elle active d'une manière très appréciable la marche des cas aigus, surtout chez les adolescents: il est donc nécessaire de ne jamais désarmer vis à-vis d'elle.

L'auteur indique les moyens qui lui paraissent les plus utiles pour combattre efficacement la maladie et qui sont relatifs d'abord à l'examen du malade et à la constatation de son état bacillaire à son entrée, et ensuite aux mesures intérieures propres à empêcher la propagation de la maladie. R. DE MUSGRAVE CLAY.

XIII. — **Notes sur la tuberculose dans les asiles**; par M. Georges GREENE. (*The Journal of mental Science*, janvier 1906.)

On peut noter au passage dans ce travail plusieurs données intéressantes;on a soutenu que la mortalité par tuberculose dans les asiles était considérable, et cela est assurément vrai pour l'Irlande où cette mortalité atteint 30 °/₀ ; mais dans les asiles d'Angleterre elle ne dépasse pas le pourcentage qu'elle présente dans la population générale. Chez les aliénés, la mort par tuberculose est relativement et absolument plus fréquente chez les femmes que chez les hommes, différence qui pourrait s'expliquer par ce fait que chez les hommes la paralysie générale, où la phtisie est rare, est la cause d'un quart environ des décès. Un grand nombre des malades qui meurent de tuberculose à l'asile étaient déjà tuberculeux quand ils y sont entrés. Les symptômes cliniques et les signes physiques de la tuberculose pulmonaire diffèrent chez l'aliéné de ce qu'ils sont chez le malade ordinaire par des caractères importants ; il faut donc une certaine expérience pour les découvrir et les interpréter. L'amaigrissement et les modifications de l'état mental sont des signes d'une grande importance; la fièvre est plus commune qu'on ne le dit généralement ; elle est inconstante et irrégulière dans les périodes de début ; la toux est rare le jour, plus commune la nuit

et le matin : l'expectoration est peu fréquente (les crachats étant le plus souvent avalés) ; l'hémoptysie est rare. La diarrhée est un signe incertain. En examinant un aliéné au point de vue de la tuberculose, il faut le considérer dans son ensemble, plutôt que de s'arrêter avec complaisance à la présence ou à l'absence de certains signes ou symptômes. R. DE MUSGRAVE CLAY.

IX. — **Sur les aménagements appropriés qu'il conviendrait de fournir aux différentes formes de folie**; par John MILSOM RHODES (*The Journal of mental Science*, octobre 1905.)

Suivant l'auteur, il faut, au point de vue des aménagements qui leur sont nécessaires, diviser les aliénés en quatre groupes : 1° les cas d'hôpital (infirmerie), 2° les cas chroniques dangereux ; 3° les cas chroniques inoffensifs et capables de travailler ; 4° les cas chroniques inoffensifs et incapables de travailler. R. M. C.

X. — **Les tableaux statistiques**; par CHARLES A. MERCIER. (*The Journal of Mental Science*, octobre 1904.)

Etude critique de la forme usuelle des tableaux statistiques en matière d'aliénation mentale et proposition d'une classification nouvelle. R. M. C.

XII. — **Courte histoire de l'hôpital Saint-Luc**; par WILLIAM RAWES. (*The Journal of Mental Science*, Janvier 1904.)

Etude intéressante mais trop détaillée pour être utilement résumée. R. M. C.

XIII. — **Description d'une addition à l'hôpital de Cheadle**; par JOHN SUTCLIFF. (*The Journal of Mental Science*, avril 1904.)

Nous ne pouvons que mentionner ici ce travail qui en effet est purement descriptif. R. M. C.

XIV. — **Causerie à propos de Gheel**; par CONOLLY NORMAN. (*The Journal of Mental Science*, Janvier 1904.)

Causerie variée et intéressante sur la célèbre colonie : nous ne pouvons ici qu'en recommander la lecture. R. M. C

XV. — **Imbécillité mongolienne**; par C. H. FENNELL. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1904.)

Ce type, assez commun en Angleterre, se rencontre surtout dans les institutions spéciales et à la consultation des hôpitaux d'enfants. La littérature du sujet est maigre, et les descriptions du type peu uniformes, peut-être parce que l'on s'entend assez mal sur le degré de déviation des autres types d'imbécillité qui constitue le type mongolien. L'auteur a examiné 21 échantillons bien caractérisés de ce type, et il donne de l'imbécillité mongolienne la défi-

nition suivante : un arrêt intra-utérin du développement physique et mental, caractérisé par de la brachycéphalie, par une tendance des tissus aux inflammations atones et chroniques et par des particularités mentales caractéristiques. L'obliquité de bas en haut des fentes palpébrales, le nez court et large, les paupières ouvertes en avant sont des caractères fréquents et de valeur. La blépharite est commune, ainsi que le strabisme double convergent et le strabisme simple. Les joues sont molles et bouffies, et il est usuel d'observer une rougeur allant de l'os malaire à la mâchoire inférieure et contrastant avec la coloration du reste du visage. Les fissures transversales ou irrégulières de la langue, l'hypertrophie des papilles sont des signes si fréquents qu'on serait tenté de les considérer comme pathognomoniques. Les modifications de la voûte palatine sont à peu près constantes, mais pareilles à celles que l'on observe chez les autres types d'imbéciles.

Le type mongolien paraît spécialement prédisposé au rachitisme. La circulation est souvent défectueuse (engelures), les malformations congénitales du cœur sont fréquentes. L'auteur n'a pas constaté (au contraire) la diminution ni l'abolition des réflexes profonds qui ont été signalés. Au point de vue mental il n'a pas constaté que l'imbécillité atteignît un degré très élevé; mais les aptitudes à être éduqué restent-elles aussi très peu élevées, et les progrès sont lents et peu accusés, surtout en lecture et en calcul. Quoiqu'on en ait dit, il est malaisé de leur enseigner la propreté. En somme le mongolien est un enfant qui promet beaucoup, mais qui tient peu et le pronostic en ce qui touche la mentalité doit toujours demeurer très réservé. R. DE MUSGRAVE CLAY

XVII.— **Placement familial des vieillards et des infirmes**; par CARNOT. (*Bulletin médical*, n° 40, 1906.)

XVIII.—**Sur l'emploi des cartes de mise en garde dans les asiles**, par J. MARNA. (*The Journal of Mental Science*, avril 1904.)

Ces fiches sont destinées à mettre le personnel en garde afin qu'il surveille d'une manière toute spéciale les aliénés qui ont des tendances au suicide; elles sont particulièrement utiles dans les grands asiles et lors des changements de quartier de certains aliénés. R. M. C.

IX. — **La surveillance des aliénés sortant des asiles sans famille et sans amis telle qu'elle est établie par la procédure conditionnelle écossaise** ; par J. CARLYLE JOHNSTONE. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1904),

Examen critique de ces mesures faisant ressortir leurs avantages et éventuellement leurs lacunes ou leurs inconvénients

Pathogénie du tremblement mercuriel.

Présentation par MM. GUILLAIN et LAROCHE de deux sujets âgés, anciens doreurs sur métaux, ayant quitté le métier depuis trente ans et présentant encore du tremblement mercuriel. Ils ajoutent que, dans certains cas analogues, on a trouvé de la lymphocytose avec des traces de mercure dans le liquide céphalo-rachidien ; d'après eux le tremblement mercuriel ne serait pas d'origine hystérique, mais analogue à celui de la sclérose en plaques, il aurait son origine dans des lésions cérébelleuses.

Les mêmes auteurs présentent aussi un ancien hémiplégique syphilitique ayant présenté quatre ans après des phénomènes tabétiques actuellement en voie d'évolution.

Opothérapie hypophysaire.

MM. LÉOPOLD LÉVY et H. DE ROTSCHILD présentent trois petits malades, dont deux idiots et un atteint de maladie de Little, très améliorés par l'opothérapie hypophysaire ; ce traitement n'est pas toxique. L'opothérapie hypophysaire et ovarienne a donné des résultats analogues à MM. A. DELILLE et C. VINCENT chez un sujet de 21 ans atteint de myasthénie bulbo-spinale.

M. SICARD a usé avec succès de l'opothérapie thymique.

Paraplégie et paralysie infantile.

M. CROUZON présente un malade âgé de 40 ans, atteint jadis de paralysie spinale infantile et qui présente des crises de paralysie passagère depuis l'âge de 18 ans. Il rapproche ces crises spinales de celles qu'ont discutées MM. Ballet et Dutil.

Amyotrophie juvénile progressive.

Constatée par MM. LEJONNE et F. ROSE sur un malade âgé de quinze ans, avec troubles des réactions électriques, exagération des réflexes sans trouble de la sensibilité ; ils posent la question d'une forme atypique d'atrophie du type Charcot-Marie.

MM. CLAUDE et F. ROSE présentent une hystérique qui a des *crises convulsives avec hématémèses abondantes*, et un cas de *néoplasme cérébral* ayant débuté par une hémorragie, précédée elle-même d'une hémianopsie comme unique symptôme, et suivie du syndrome thalamique avec hémiplégie.

M. CLAUDE rapporte aussi le cas d'une épileptique dont l'aura consiste en une sensation de fausse reconnaissance des objets environnants.

Hémiplégie avec atrophie croisée du cervelet.

Observation présentée par M. THOMAS d'un vieillard hémiplégique du côté gauche avec lésions cérébrales du côté droit,

mais atrophie des lobes quadrilatères du cervelet du côté gauche ; l'examen histologique des lésions est rapporté.

Ophtalmoplégie nucléaire chez un tabétique.

Observation rapportée par MM. GRENET et TANON.

Séance du 7 mars 1907. — PRÉSIDENCE DE M. BABINSKI.

Poliencéphalite : ophtalmoplégie et paralysie bilatérale de la branche motrice du trijumeau.

M. H. LAMY, présente une femme atteinte d'ophtalmoplégie double avec facies d'Hutchinson et paralysie bilatérale avec atrophie des masticateurs ; la constatation de l'abolition du réflexe patellaire et du signe d'Argyll font diagnostiquer un début de tabes; l'ophtalmoplégie double n'est pas rare au cours de cette affection, mais la paralysie dans la sphère motrice du trijumeau est exceptionnelle.

M. SOUQUES a vu récemment un cas analogue avec ophtalmoplégie externe bilatérale et paralysie du voile du palais.

Contribution au traitement thyroïdien des enfants arriérés.

MM. Léopold LÉVI et H. de ROTSCHILD présentent trois *enfants arriérés* considérablement améliorés par ce traitement ; complètement inéducables ils avaient dû quitter l'école ; soumis à l'opothérapie thyroïdienne (cachet d'extrait total de 10 centigr.), ils ont présenté une diminution très prononcée du bégaiement, de l'apathie et de tous les symptômes d'hypothyroïdie qu'on retrouve si fréquemment dans les cas d'arriération mentale. Il convient d'insister particulièrement sur l'importance, au point de vue pédagogique, de ce traitement thyroïdien dans le cas de bégaiement.

Epuisement rapide de la sensibilité au contact et à la pression.

M. MAX-EGGER présente un travail fait dans le service du prof. Raymond ; après avoir trouvé chez les sujets atteints de maladie de Friedreich diverses altérations de la sensibilité à la vibration, il a fait des recherches analogues au point de vue de la sensibilité au contact et à la pression : la plupart des malades observés ont présenté un épuisement rapide ; ces troubles, qui affectent une topographie radiculaire, sont assurément l'expression d'un défaut de fonctionnement du cordon postérieur.

Paralysie faciale récidivante.

MM. HUET et LEJONNE, présentent un malade de 12 ans 1/2 atteint pour la troisième fois en quatre ans de paralysie faciale du côté gauche. Les circonstances qui entourent la pathogénie de ces récidives semblent prouver l'origine réelle infectieuse de la

plupart des paralysies faciales dites a *frigore*, théorie confirmée par les recherches anatomiques de M. Déjérine.

Traitement des névralgies du trijumeau par les injections profondes d'alcool.

MM. Brissaud, Sicard et Tanon, ont obtenu des résultats encourageants par leur méthode dont la technique opératoire est le perfectionnement de celle de MM. Lévy et Beaudouin.

Un cas de maladie de Dercum.

MM. Crouzon et Marcel Nathan lisent une note sur une malade atteinte de cette affection caractérisée par l'adipose des membres inférieurs, dite en *culotte de zouave* et la douleur provoquée par la palpation. Les troubles psychiques sont ici assez atténués.

Hérédo-ataxie cérébelleuse précoce.

MM. Variot et Bonniot présentent une enfant de douze ans et demi atteinte de cette affection, avec des troubles auditifs intenses laissant supposer une lésion profonde des noyaux auditifs accompagnant la dégénérescence de la partie postéro-latérale du bulbe.

Polynévrite apoplectiforme avec association probable de poliomyélite.

MM. H. Claude et Chartier, lisent l'observation d'une malade de 17 ans frappée soudainement, après quelques jours d'état fébrile, de paralysie totale avec douleurs violentes ; il en reste actuellement une atrophie musculaire des quatre membres: les auteurs posent le diagnostic de polynévrite associée peut-être à de la poliomyélite.

Atrophie optique chez les hydrocéphales.

Présentation de pièces par M. Rochon-Duvignaud.

Sitiomanie symptôme de psychose périodique.

M. Gilbert Ballet apporte une observation à l'appui de deux cas où il a cherché à prouver que la sitiomanie est une forme de psychose intermittente, en particulier de mélancolie, plutôt qu'une impulsion. M. Dupré croit à une simple association.

Un cas de tabes trophique.

M. Gilbert lit l'observation d'un cas de tabes du service de M. Oulmont ayant débuté par une double fracture spontanée du calcanéum.

Vaso et thermo asymétrie : dissociation syringomyélique de la sensibilité dans deux cas de lésion pédonculaire et protubérantielle.

MM. Souques et Cl. Vincent, rapportent deux cas sur cette question.

Un signe de paralysie organique du membre inférieur.

M. GRASSET (de Montpellier) fait une communication sur ce point : il s'agit de la possibilité de soulever isolément le membre paralysé avec impossibilité de soulever simultanément les deux membres.

Neurofibromatose périphérique et centrale.

Communication de M. ROUX (de Saint-Etienne).

M. GILBERT BALLET apporte un addendum à la séance du 7 janvier ; il s'agit d'un syndrome, caractérisé par des troubles myotoniques de la musculature des yeux, de la langue et des membres supérieurs survenus chez deux malades dont il fait la présentation.

J. ROLET.

BIBLIOGRAPHIE

X. — *Les fibres myéliniques du cortex de l'homme*, d'après le récent atlas du Dr Th. KAES, de Hambourg (1).

De tous les éléments anatomiques que le pathologiste a à considérer dans l'écorce cérébrale, les fibres myéliniques sont certainement ceux dont l'examen méthodique est capable de fournir les résultats les plus précis et les plus justement comparables entre eux. On ne peut méconnaître les progrès accomplis pendant ces dernières années dans l'étude du cytosome des cellules nerveuses, des fibres amyéliniques axiles et dentritiques, de la névroglie et des éléments conjonctifs du cortex, mais l'interprétation des lésions qu'ils peuvent présenter est particulièrement délicate ; ces lésions sont en effet multiples et les manipulations techniques, voire même les altérations spontanées, ont sur elles une influence beaucoup plus considérable que sur celles des fibres myéliniques.

Il est vrai que pour ces dernières la technique à suivre n'est pas sans présenter mainte difficulté, surtout si l'on vise à mettre en évidence les fibres de tous calibres réparties de la surface à la profondeur dans plusieurs régions de l'écorce, chez un même sujet, et, plus encore, si l'on veut avoir des résultats comparables

(1) *Die Grosshirnrinde des Menschen in ihren Massen und in ihrem Fasergehalt*, par Th. KAES, Atlas de 79 planches avec courbes et figures schématiques, accompagné d'un volume de texte et de tableaux. Edité par Gustave FISCHER, Iéna, 1907.

pour des cerveaux d'âges différents : l'affinité de la myéline pour l'hématoxyline, la résistance aux agents de différenciation varient pour chaque système, et même pour chaque région : seule une longue pratique permet d'adapter à ces multiples conditions naturelles les manœuvres de décoloration les mieux appropriées.

Quant aux difficultés qui surgissent une fois les préparations obtenues, elles sont peut-être encore plus nombreuses malgré la simplicité relative des lésions : celles-ci se réduisent à peu près à la raréfaction ou à la disparition partielle ou générale de certains systèmes tangentiels bien définis et des fibres situés dans leurs intervalles. Mais la richesse et l'épaisseur de ces systèmes varient considérablement pour chaque région ; elles changent aussi suivant l'âge, quelque peu suivant la race. Enfin et surtout surviennent les variations individuelles, si étendues que, si l'on s'en tient à l'examen d'un petit nombre de cas, il peut fort bien arriver qu'elles masquent ou défigurent complètement les variations d'autre ordre : celles-ci n'ont pu, en effet, être mises hors de toute contestation que grâce à la comparaison d'un très grand nombre de cerveaux.

Le Dr Kaes, dont les travaux, joints à ceux de ses élèves (Brückmann, etc.) ont répandu la plupart des données certaines que possède aujourd'hui la science sur les différentes questions envisagées ici, vient de condenser ses recherches antérieures dans une importante publication, en les confirmant et les complétant par l'examen d'un grand nombre de cas nouveaux. Son ouvrage, de tous points remarquable, ne peut manquer de servir de point de départ aux recherches ultérieures, tant à cause du grand nombre de matériaux dont il contient la critique et la synthèse, que par les conclusions que l'auteur a su en tirer et dont plusieurs sont déjà universellement considérées comme de véritables lois. L'anatomo-pathologiste y trouvera en nombre largement suffisant les éléments de comparaison nécessaires à une interprétation juste de l'aspect des fibres mises en évidence.

Un programme invariable, établi depuis longtemps déjà par les recherches préliminaires de l'auteur, guida l'examen de toutes les pièces, et l'exposé des résultats obtenus : division du cortex en un certain nombre de régions dans l'étendue de chacune desquelles les fibres myéliniques n'offrent que des variations légères, et que l'expérience a démontrées avoir des limites constantes et relativement bien marquées, quoique toujours moins précises que celles des territoires cytoarchitectoniques ; — application à chaque région de la technique appropriée ; — mensuration sur un grand nombre de coupes pratiquées dans chaque région des différentes couches de fibre, et de l'épaisseur totale de l'écorce dans les portions superficielles et latérales des circonvolutions et

dans le fond des sillons ; moyenne de ces mensurations et des numérations des faisceaux des radiations médullaires.

La *topographie en surface* fut ainsi fixée : 12 régions : frontale antérieure, fr. post. ; Fa. Pa ; opercule, insula ; régions temporale antérieure, temp. post. ; pariétale supérieure, par. inférieure ; région occipitale, écorce visuelle ; gyrus fornicatus.

Pour la *topographie en profondeur*, l'auteur adopta un type moyen, facilement applicable à toute les variations locales et représenté dans une figure schématique.

Système superficiel :
Couche sans fibres.
C. zonale.
C. pauci-cellulaire.
C. correspondant à *c.* II et *c.* III de Meynert.
Système profond :
Strie externe de Baillarger.
C. intermédiaire.
Strie interne de Baillarger.
Fibres d'association du système profond.
Fibres arquées de Meynert ou fibræ propriæ.
Faisceaux radiaires de projection.

L'examen porta sur les deux hémisphères de 41 sujets ayant de 3 mois à 97 ans, indemnes de lésion cérébrale, pour lesquels l'auteur a soin de donner les renseignements utiles (poids des différentes parties de l'encéphale, cause de la mort, sexe, race, profession, état mental etc.). La méthode employée fut celle de Weigert, « méthode parvenue à un haut degré de perfection et qui, bien employée, donne des résultats absolument positifs et réguliers », modifiée par l'auteur en 1902.

De nombreux tableaux, accompagnés d'un texte explicatif qui en fait ressortir les points saillants, donnent sous diverses formes le résultat de toutes les opérations effectuées : épaisseurs moyennes de chaque système de fibres et de l'écorce (face superficielle, faces latérales des circonvolutions, fond des sillons), nombre moyen des faisceaux de projection pour toute la face externe de chaque hémisphère de chaque sujet (tableau 2) ; — mêmes détails pour chacune des 12 régions (tabl. 3 à 15) ; — épaisseur moyenne de l'écorce et de chaque couche de fibres etc. établie pour chaque région de chaque hémisphère d'après l'ensemble des mensurations effectuées sur tous les cerveaux examinés (tabl. 16).

La partie proprement iconographique comprend la reproduction de chacune des 12 régions de chaque hémisphère pour les 41 sujets : indispensable à l'anatomo-pathologiste qui ne pourra guère, nous semble-t-il, se dispenser de s'y reporter, elle est réellement intéressante à feuilleter à cause de la façon dont elle met en évidence l'étendue des variations individuelles, lesquelles

apparaissent d'autant plus nettement que plusieurs des sujets examinés sont de même sexe, de même race, et à peu près de même âge.

Enfin, l'auteur a eu soin de synthétiser l'ensemble des résultats obtenus par des tracés particulièrement destinés à faire ressortir les variations d'après l'âge : les âges des 41 sujets examinés sont reportés sur l'abscisse, et les épaisseurs mesurées dans chaque hémisphère sont représentées séparément.

La disposition adoptée serait un peu complexe pour certains tracés où un grand nombre de lignes se croisent ou se superposent, si la lecture n'en était facilitée par le tableau répondant à chaque courbe et par les développements du texte explicatif. Elle a du moins l'immense avantage de faire saisir à la fois les variations individuelles et les variations suivant l'âge, de montrer leur importance relative et d'indiquer les limites au delà desquelles, toutes les conditions étant connues, on peut affirmer que commence l'anomalie.

Une première série de 5 courbes (en noir), où les différences régionales sont laissées de côté, donne successivement l'épaisseur moyenne de l'écorce de la face externe dans les faces superficielles et latérales des circ. et dans le fond des sillons, l'épaisseur moyenne des deux systèmes (superficiel et profond), de la strie externe de Baillarger, — de la couche zonale et de la couche paucicellulaire, enfin le nombre des faisceaux radiaires par millimètre.

Une deuxième série de 10 courbes, où chaque région est reprétée par un trait d'une couleur spéciale répète les mêmes données pour chaque région en particulier : épaisseur totale dans le fond des sillons, épaisseurs de la couche zonale, de la couche paucicellulaire et de la strie externe, etc. Dans tous les tracés, l'auteur a eu soin d'exclure les grandeurs exceptionnelles tout en les indiquant à leur place. En vérité, aucune de ces dispositions ne paraît injustifiée ; la lecture des courbes en est simplifiée et les faits généraux ne ressortent que mieux. Quelques-uns de ceux-ci, sur lesquels d'ailleurs l'auteur présente d'intéressantes considérations, sont particulièrement frappants ; telle est (courbes 9, 10 et 15) la diminution progressive du système superficiel, d'abord de beaucoup le plus épais, au profit du système profond, qui, de 3 à 7 ans environ, présente une épaisseur à peu près égale à la sienne, puis prédomine définitivement (jusqu'à l'âge ultime, 97 ans) en s'épaississant légèrement, et présente une nouvelle tendance à l'égalité d'épaisseur vers 45-55 ans. Ce fait intéressant, « point nodal des mensurations » (p. 45), vaguement mentionné par les traités classiques, d'après les travaux antérieurs du Dr Kaes, est maintenant au-dessus de toute objection. L'auteur le rapproche judicieusement de cette autre donnée plus générale, que le cortex

est d'autant moins épais qu'il est plus avancé en développement et plus riche en fibres myéliniques ; ce principe s'applique non seulement à l'évolution normale, mais encore à celle qui est troublée dans sa marche ou qui subit un arrêt prématuré : l'écorce des dégénérés inférieurs, des hommes des races primitives se rapproche en cela, comme par beaucoup d'autres détails, de celle de l'enfant. Je ne suivrai pas l'auteur dans les longues considérations embryologiques par lesquelles il explique et développe ces assertions : je voudrais seulement avoir su montrer avec quel art il a groupé la masse de faits nouveaux qu'il apporte, et qui par eux-mêmes s'imposeraient à l'attention, de manière à faciliter l'assimilation et l'application à des recherches pratiques des lois générales qu'il en a tirées. Ch. Bonne.

XI. — *De la Pathologie nerveuse et mentale chez les anciens hébreux et dans la race Juive. Th.* Paris 1907, par le Dr Wulfing-Luer.

L'étude clinique de la pathologie nerveuse et mentale des Juifs n'existe pas encore ; et tous les travaux que l'on peut consulter sur ce sujet ne sont établis que sur des statistiques dressées dans les services et asiles. Les Juifs semblent être peu sujets aux lésions organiques du cerveau et de la moelle. Par contre, les lésions fonctionnelles du cerveau et de la moelle, notamment les névroses (surtout l'hystérie et la neurasthénie) et les psychoses se rencontrent très fréquemment chez les Juifs, et dans des proportions plus fortes que chez les autres peuples. Les névroses des Juifs ne semblent pas présenter de caractères spéciaux et les symptômes observés sont ceux qui sont décrits chez les auteurs.

Quant aux troubles mentaux, ils paraissent offrir un pronostic plus sombre chez les Juifs. En tous cas, ils sont prédisposés à la folie et à la paralysie générale. Il semble que l'on puisse rattacher ces prédispositions à certains caractères de la race, tenant à la consanguinéité fréquente des mariages, aux professions commerciales et intellectuelles vers lesquelles elle s'oriente le plus souvent, à son genre de vie dans les agglomérations et au surmenage cérébral et psychique qui en est le corollaire.

Peut-être pourrait-on dire que les persécutions auxquelles la race fut en butte de tous temps, et l'isolement dans lequel les Juifs furent tenus de vivre, sont les deux causes essentielles qui dominent cette étiologie. J. Rolet.

VARIA

CONCOURS DU 4 MARS 1907 POUR L'EMPLOI DE MÉDECIN-ADJOINT DES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS.

Questions traitées : 1° *Epreuves écrites*. Anatomie et physiologie du système nerveux : Nerf optique (anatomie et physiologie). Administration : De la responsabilité des médecins directeurs et des médecins en chef des asiles publics d'aliénés dans les cas de suicide, d'évasion ou d'accidents graves. — 2° *Epreuves orales* : 1° Pneumothorax (étiologie, signes. diagnostic et traitement) ; 2° anurie (causes, signes, diagnostic) ; 3° accidents de la lithiase biliaire ; 4° fractures de la base du crâne (signes, diagnostic).

Le concours d'adjuvat des médecins des établissements d'aliénés s'est terminé le 19 mars 1907. Les candidats reçus sont, suivant l'ordre de classement : MM. Charpentier, Dupuy, Albès. (Seine) ; Audemard, Carrier (Rhône) ; Courbon, Alaize (Seine) ; Robert (Gironde) ; Rougean (Haute-Garonne) ; Olivier (Loir-et-Cher) ; Arsimoles (Lot). D'après des renseignements puisés à plusieurs sources, les épreuves, d'une façon générale, auraient été excellentes.

ASILES D'ALIÉNÉS. — *Mouvement d'avril* 1907. — M. le Dr MARANDON DE MONTYEL, médecin en chef de l'asile des aliénés de Ville-Evrard, est admis à faire valoir ses droits à la retraite, et est nommé médecin en chef honoraire des asiles publics d'aliénés. — M. le Dr BOUDRIE, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Maison-Blanche, est nommé médecin en chef de l'asile d'aliénés de Ville-Evrard. — M. le Dr TRENEL, directeur médecin de l'asile de Moisselles (S.-et-O.), nommé médecin en chef de l'asile de Maison-Blanche. — M. le Dr LEROY, médecin-adjoint à l'asile de Ville-Evrard, nommé directeur-médecin à l'asile de Moisselle. — M. le Dr ROQUES DE FURSAC, médecin-adjoint à Clermont (Oise), nommé médecin-adjoint à Ville-Evrard.

Sont nommés médecins-adjoints des asiles publics d'aliénés à la suite du concours de mars 1907 : MM. les Drs CHARPENTIER appelé au poste de Saint-Venant (Pas-de-Calais) ; DUPOUY, maintenu comme chef de clinique des maladies mentales à l'Asile clinique (Seine) ; ALBÈS, appelé au poste de Saint-Dizier (Haute-Marne) ; AUDEMARD, maintenu dans ses fonctions d'inspecteur des asiles privés du Rhône ; CARRIER, maintenu dans ses fonctions à la Maison de Santé de Saint-Vincent-de-Paul à Lyon ; ALAIZE, mis en disponibilité sur sa demande ; COURBON, appelé au poste de Saint-Venant (Pas-de-Calais) ; ROBERT, appelé au

poste de la Roche-Gandon (Mayenne) ; Rougean, appelé au poste de Bassens (Savoie) ; Olivier, appelé au poste de Saint-Ylie (Jura) ; Arsimoles, appelé au poste de Leyme (Lot).

Mouvement de mai 1907. — M. le Dr Chocreaux, médecin en chef à l'asile d'aliénés de Bailleul (Nord), nommé médecin en chef à l'asile de Lommelet (Nord), poste créé. — M. le Dr Terrade, médecin-adjoint à l'asile d'aliénés de la Charité (Nièvre), nommé médecin en chef à Bailleul. — M. Plantié, nommé directeur de l'asile d'aliénés de Clermont (Oise), en remplacement de M. Mabille. — M. le Dr Mignot, nommé médecin en chef de la Maison Nationale de Charenton. en remplacement de M. le Dr Antheaume, nommé médecin en chef honoraire. — M. le Dr Rodiet, médecin-adjoint à Montdevergues (Vaucluse), nommé, en la même qualité, à Clermont (Oise). M. le Dr Coulonjou, médecin-adjoint à Braqueville (Haute-Garonne), promu à la classe exceptionnelle du cadre.

FAITS DIVERS

Distinctions honorifiques. — *Mai* 1907. — Médaille d'argent de l'Assistance publique : Mlle Delaunay (Joséphine), gardienne-infirmière à l'asile d'aliénés de Blois (Loir-et-Cher). — Médailles de bronze de l'Assistance publique : Mme Delechotte (Emilienne), infirmière en chef à la Maison Nationale de Charenton ; Mlle Marchal (Amélie), infirmière en chef à la Maison Nationale de Charenton ; Mlle Marchal (Françoise), infirmière à la Maison Nationale de Charenton.

Asiles de la Seine. Concours de l'Internat en médecine (1907). — Le Concours s'est ouvert le 8 avril à 2 heures, pour huit places vacantes. Douze candidats s'étaient fait inscrire, mais onze seulement ont répondu à l'appel de leur nom. Il a été procédé dans cette séance à la première épreuve écrite sur un sujet de pathologie interne et de pathologie externe (médecine et chirurgie). Les candidats ont eu à traiter : *Gangrène pulmonaire. Rétention d'urine.* — Les questions restées dans l'urne étaient : Complications de la rougeole et Symptômes, diagnostic et traitement du mal de Pott ; Diagnostic des ictères et fracture du col chirurgical du fémur.

Le 17 avril, il a été procédé à la 2e *épreuve écrite* sur un sujet d'anatomie et de physiologie du système nerveux. Les onze candidats ont eu à traiter : *Artères cérébrales*. Les questions restées dans l'urne étaient : Cordons postérieurs de la moelle; méninges craniennes.

La question de garde que les candidats ont eu à traiter était : Corps étrangers des voies digestives et aériennes supérieures. Les deux questions restées dans l'une étaient : Métrorrhagies, Coma.

Nomination des Internes en médecine des asiles, titulaires et provisoires en 1907 : *Internes titulaires* : sont nommés : MM. Gelma, Mignard, Courjon, Bourilhet, Guichard, Vieux-Pernon, Brissot, Feret.

Interne provisoire : M. Crinon, pour la titularisation duquel le Jury a émis un vœu si un poste d'interne titulaire vient à être vacant avant le 1er mai 1908.

HOPITAL DE LA PITIÉ.— *Maladies nerveuses.* — M. le Dr BABINSKI, médecin de l'hôpital de la Pitié, reprendra ses conférences cliniques sur les maladies du système nerveux le samedi 4 mai 1907, à 10 heures et demie du matin, et les continuera les samedis suivants à la même heure.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. -- Le Dr DENY commencera le dimanche 26 mai à 10 heures (section Rambuteau) une nouvelle série de conférences cliniques sur les maladies mentales et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

HOSPICE DE BICÊTRE (*Fondation Vallée*). — M. BOURNEVILLE. *Visite* du service (gymnastique, travail manuel, écoles et présentation de malades) le samedi à 10 h. très précises. *Consultations médico-pédagogiques*, gratuites pour les enfants *indigents* atteints de *maladies du système nerveux*, le jeudi à 9 h. 1/2. — On peut se rendre à la Fondation par les tramways de Montrouge, par les tramways de la Porte d'Orléans à Vincennes (Métropolitain); *arrêt* route de l'Hay. La Fondation est à 500 mètres de cet Arrêt.

COURS D'ELECTROTHÉRAPIE ET DE RADIOGRAPHIE. (Ecole pratique de la Faculté). — Le docteur FOVEAU DE COURMELLES, lauréat de l'Académie de médecine, licencié ès sciences physiques et naturelles, reprendra son cours d'Electrothérapie et de Radiologie le lundi 15 avril, à six heures du soir, à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine de Paris, amphithéâtre Cruveilhier, et le continuera les lundis à 6 heures.

Programme du Cours : Electrolyse médicamenteuse et Ions. — Etat colloïdal. — Radioscopie. — Radiographie et radiothérapie. — Lumière et photothérapie. — Vibrothérapie. — Radium et radioactivité.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères et THIRON.

Vol. 1. 3e Série. Juin 1907. N° 6

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE NERVEUSE

Hystérie et sommeil

(*Théorie physiologique de l'Hystérie.* (*Suite et fin*).

PAR LE Dr PAUL SOLLIER.

La définition suivante, que j'ai proposée de l'hystérie, paraît donc répondre aux différents points de vue auxquels on peut se placer dans son étude :

L'hystérie est un trouble physique fonctionnel du cerveau, consistant dans un engourdissement ou un sommeil localisé ou généralisé, passager ou permanent, des centres cérébraux, et se traduisant, par conséquent, suivant les centres atteints, par des manifestations vaso-motrices ou trophiques, viscérales, sensorielles et sensitives, motrices et enfin psychiques, et, suivant ses variations, son degré et sa durée, par des crises transitoires, des stigmates permanents ou des accidents paroxystiques. Les hystériques confirmés ne sont que des vigilambules dont l'état de sommeil est plus ou moins profond, plus ou moins étendu (1).

Je n'ai rien à changer à cette définition que j'ai donnée il y a dix ans et que les faits que j'ai observés moi-même ou qui ont été observés par d'autres auteurs ayant appliqué mes méthodes et refait mes expériences ont confirmée. Je devrais cependant y ajouter quelque chose, c'est que tous les centres cérébraux étant doués d'irritabilité, toute diminution de cette irritabilité amène une

(1) Pour qu'il y ait vigilambulisme, il faut que toute la corticalité soit prise, ce qui n'est le cas que des grandes hystériques à manifestations multiples et généralisées ; dans les cas plus légers il n'y a pas de vigilambulisme, il n'y a que des états d'inhibition, de sommeil, partiels, atteignant seulement certaines parties de l'écorce cérébrale.

modification de la sensibilité *objective* et *subjective*, et que, quelles que soient les fonctions atteintes, la sensibilité de la région où s'exerce cette fonction est fatalement et immédiatement modifiée. Les troubles de la sensibilité tant objective que subjective sont donc constants et leur absence dans un trouble d'une fonction quelconque suffit à écarter l'idée de toute origine hystérique. L'anesthésie à tous les degrés est le véritable *sigillum hysteriæ*, car elle traduit exactement l'étendue et l'intensité de l'inhibition cérébrale.

Prenons, en effet, un centre cérébral quelconque et supposons-le frappé d'un état d'inactivité présentant toute une gamme de degrés d'intensité, sujet à des augmentations et des diminutions sous diverses causes,ou à une fixité de durée indéterminée. Que va-t-il se passer dans la sphère somatique sous la dépendance de ce centre? Tout d'abord la fonction organique en rapport avec ce centre va se trouver diminuée, et, suivant le rôle du centre cérébral intéressé, nous observerons des troubles de sensibilité, de motricité, ou des troubles sensoriels, cénesthésiques et vaso-moteurs.Par suite de la répartition des centres intéressés, par suite de leur nombre plus ou moins grand, nous allons avoir une variété infinie de combinaisons de troubles hystériques, d'où l'apparence de fantaisie, d'irrégularité de l'hystérie. Mais si l'hystérie présente,en effet,des aspects multiples, des variétés en nombre indéterminé, chaque trouble individuellement présente au contraire un déterminisme remarquable.

Mais ce n'est pas tout, non seulement l'hystérie revêt des aspects multiples, mais encore chaque trouble pris en particulier présente des degrés divers qui ont l'air de compliquer les choses. A chaque degré d'engourdissement d'un centre donné correspond, en effet, objectivement et subjectivement une manifestation spéciale. D'où la nécessité de considérer encore,pour cette raison, chaque centre fonctionnel individuellement dans l'appréciation de l'état hystérique général qui n'est que la sommation, en quelque sorte, ou la synthèse de tous ces troubles localisés.

Enfin ce centre atteint l'est tantôt d'une façon permanente, et alors tous les troubles objectifs et subjectifs

qui en résultent, dans le domaine somatique comme dans le domaine psychique, sont permanents, et c'est à ces troubles permanents qu'on donne le nom de stigmates ; il l'est tantôt d'une façon passagère et s'accompagne alors de réactions transitoires, paroxystiques, dont il faut distinguer d'ailleurs celles qui tiennent à l'envahissement du centre par l'engourdissement, l'inhibition, et celles qui sont dues au retour de son fonctionnement normal. Ce sont ces dernières qu'on obtient quand on procède au réveil dans un but thérapeutique. Au cours de l'hystérie on comprend que l'on peut voir certains centres présenter un état permanent et certains autres présenter des variations pouvant aller jusqu'au retour normal de la fonction sous des influences diverses, d'où les changements d'aspect du malade, et les accidents qu'il présente successivement et dont l'enchaînement paraît incohérent si on ne tient pas compte de cette notion fondamentale : que l'hystérie, dans son ensemble, n'est qu'une agglomération d'états hystériques locaux. Faute de cette notion, on est complètement déconcerté en présence de ce protée, qu'on a cru insaisissable, de l'hystérie, tout simplement parce qu'on l'a considérée comme une maladie frappant le cerveau dans son ensemble, alors qu'en réalité chaque centre fonctionnel agit jusqu'à un certain point individuellement. Il faut tenir compte évidemment, à un moment donné, des interactions des centres entre eux, mais si cela complique le problème, cela ne change en rien la nature et le mécanisme fondamental des troubles (1).

(1) On a trouvé que j'exagérais le déterminisme des centres cérébraux. Cependant de deux choses l'une : ou l'on admet les localisations cérébrales, et alors il est naturel d'admettre que les centres corticaux, qui constituent le point d'arrivée et de départ des fibres de projection, doivent entraîner des troubles de la périphérie s'ils sont modifiés dans leur activité, d'une part, et que, d'autre part, les troubles constatés à la périphérie doivent être rapportés à des modifications des centres fonctionnels ; ou on n'admet pas les localisations cérébrales, et alors je ne peux m'expliquer comment l'esprit peut agir sur la périphérie sans passer par les fibres qui la relient au cerveau, sans se soumettre en un mot aux voies physiologiques de la motricité et de la sensibilité. Ce qu'on pourrait me reprocher, c'est d'avoir paru donner une importance trop grande et une délimitation trop précise aux centres corticaux. Mais je me permettrai de faire remarquer que j'ai parlé de centres *fonctionnels*, et que depuis longtemps je soutiens que les centres cérébraux sont avant tout des centres *dynamiques*. Leur siège,

Les phénomènes psychiques de l'hystérie sont, on le conçoit, avec cette manière de voir, éminemment variables, et suivant la part que la psychicité a dans la fonction du centre intéressé, et suivant le degré auquel ce centre est atteint. Il y a lieu d'ailleurs de considérer deux ordres distincts dans les troubles psychologiques hystériques : d'une part ceux qui tiennent à la diminution et à la perte de la fonction de tels ou tels centres psycho-moteurs ou psycho-sensoriels, ou cénesthésiques (dont l'importance est si considérable dans la formation de la personnalité) ; et d'autre part ceux qui résultent de l'envahissement des centres psychiques eux-mêmes par l'engourdissement hystérique. C'est ce qui nous explique que certaines hystériques ne présentent que très peu de phénomènes psychologiques, alors que d'autres présentent de très gros troubles psychiques.

Si donc l'état hystérique consiste dans un trouble localisé d'un ou plusieurs centres du cerveau, et que la plus grande hystérie ne soit jamais que la généralisation d'états locaux, si, comme je le soutiens, ce trouble hystérique consiste dans un état d'engourdissement, d'inhibition, de sommeil — et il reste à déterminer quelle espèce de sommeil—on comprend qu'il n'y ait aucune

leurs délimitations anatomiques, leur unicité même ou leur multiplicité pour une seule fonction, n'ont aucune importance dans la question,qui se résume à ceci : les troubles fonctionnels observés dans l'hystérie sont-ils liés à une modification des centres corticaux tenant les différentes fonctions sous leur dépendance, ou en sont-ils indépendants, et dans ce dernier cas comment se fait le passage d'une représentation mentale, suggérée ou non, à un phénomène somatique ? Il faut prendre garde, en effet, en laissant de côté toutes les notions physiologiques, aux conséquences que cela peut avoir, de même qu'en énonçant une théorie psychologique il faut penser à ce que les mots recouvrent, et se demander ce que représentent exactement les mots *image*, *représentation*, *suggestion*, *auto-suggestion*, *conscience*, *personnalité*, sur lesquels l'accord est encore bien moins fait que sur la définition de l'hystérie. Nous savons un peu mieux ce qu'est un centre cortical, ce que sont les fibres nerveuses qui le relient aux organes périphériques ; nous savons un peu mieux quelles sont les réactions motrices et sensitives de l'activité ou de l'arrêt, encore que nous ignorions exactement ce que c'est que l'activité nerveuse elle-même, que nous ne pouvons que comparer à d'autres activités physiologiques et biologiques.

Je me suis demandé si certains troubles hystériques ne pouvaient pas résulter de l'inhibition, de l'engourdissement de la moelle ou des nerfs ; mais je n'ai jamais rencontré aucun fait permettant de justifier cette hypothèse, et, pour ma part, les troubles hystériques sont exclusivement dus à des modifications de l'activité corticale.

différence de nature, malgré une différence considérable d'aspect, entre une manifestation hystérique localisée à une fonction quelconque, — si tant est qu'il y ait jamais une hystérie monosymptomatique — et un état de vigilambulisme complet avec toutes les manifestations les plus variées, les plus variables aussi, permanentes ou paroxystiques de l'hystérie. Dans un cas il y a un engourdissement localisé, dans l'autre il y a un engourdissement généralisé. Entre les deux il y a une foule de degrés, mais la nature fondamentale du trouble hystérique est toujours la même naturellement.

Je dis que l'état hystérique est une *sorte* de sommeil des centres fonctionnels du cerveau. Avant de voir en quoi peut consister ce sommeil et comment il peut se produire je dois dire quelques mots des procédés de réveil. Ils dépendent dans une certaine mesure de la cause du sommeil lui-même, mais leur fond commun est le rétablissement des fonctions, et à ce dernier point de vue il y a une série de petits moyens sur lesquels je n'ai pas à insister ici et que j'ai indiqués ailleurs dans les plus grands détails (1). Par exemple, un sujet épuisé, amaigri, comme les anorexiques, se réveillera sous l'influence de l'isolement, de l'alitement et de la suralimentaton. Un autre, atteint par une émotion morale, avec une idée fixe concomitante de son état somatique fixe, pourra se réveiller sous l'influence de procédés psychiques, de représentations normales ramenées par une rééducation psychique (méthode psychothérapique proprement dite), ou, si les troubles somatiques concomitants sont accessibles, comme une contracture ou une paralysie, la rééducation fonctionnelle, en rétablissant le fonctionnement du centre psycho-moteur, amènera en même temps la disparition de l'idée fixe née au même titre que la contracture ou la paralysie. Si l'état est plus ancien, si l'hystérie est plus généralisée, ces procédés seront ordinairement insuffisants, il faudra recourir à des méthodes générales : isolement, alimentation, et mécanothérapie générale (non plus seulement rééducation localisée). Enfin, si on a affaire à un cas de vigilambulisme, le réveil dans l'hypnose se trouvera indiqué conjointement à la méca-

(1) Voir : « L'hystérie et son traitement ». F. Alcan, 1901.

nothérapie. C'est alors qu'on assistera à ces phénomènes si curieux de régression de la personnalité que j'ai étudiés en détail et qui permettent de mettre en évidence l'enchaînement de tous les troubles hystériques, somatiques et psychiques, depuis les phénomènes les plus élémentaires comme l'anesthésie cutanée, jusqu'aux plus complexes, comme le sentiment de la personnalité physique et du moi moral et intellectuel.

Notre théorie a, en effet, cet avantage de concilier les différentes méthodes thérapeutiques qu'on a vantées de façon trop exclusive, mais qui ont toutes et leur raison d'être et leur application suivant les cas, en tenant compte soit de la cause de la maladie, soit de son évolution actuelle, soit de son étendue ou de sa profondeur.

Tous les centres cérébraux ne participent pas au même titre à la fonction psychique du cerveau. Il est donc naturel que certains réagissent plus aux excitations psychiques, et d'autres aux excitations sensitives, ou sensorielles, ou cénesthésiques. Il est encore rationnel, lorsque toute la corticalité est atteinte, et qu'il est difficile de déterminer la prédominance du trouble sur tel ou tel point — d'autant qu'il faut tenir compte non seulement de l'état actuel, mais de l'évolution antérieure — de s'adresser à des méthodes générales d'excitation du cerveau.

Cette excitation peut être produite de deux façons : par la périphérie — mécanothérapie, et excitations sensitives et sensorielles qui sont moins efficaces ; par le centre, — c'est-à-dire par la psychothérapie sous toutes les formes. Il est absurde de se priver de telle méthode ou de telle autre. On doit employer la méthode périphérique et la méthode centrale concurremment : mais les phénomènes psychologiques étant la conséquence de l'état cérébral et non sa cause, et n'étant pas constants, il est plus logique de commencer par la méthode périphérique — vraiment physiologique —, avant de recourir à la méthode centrale — psychologique, — dont on peut souvent se passer, d'ailleurs, après l'emploi de la première, ou qui ne lui sert que de complément, de perfectionnement.

Et maintenant, j'en reviens à ma théorie du trouble

primitif de l'hystérie constitué par une *sorte de sommeil* des centres cérébraux, d'engourdissement cérébral. Pour le dire je m'appuie sur ce fait, sur cette expérience de Chacrot, reprise, répétée et complétée par moi, du réveil des hystériques vigilambules. Je ne sais comment appeler autrement que *sommeil*, l'état où se trouve plongé un individu présentant une série de troubles somatiques et psychiques, lorsqu'en enjoignant à cet individu de *se réveiller*, il sort de cet état et cesse de présenter ces troubles,— je ne sais pas comment appeler autrement que sommeil, l'état dans lequel cet individu était plongé quand, après son réveil, il se trouve ramené à l'époque où il a commencé à y tomber. Il n'y a, en effet, là qu'une question de différence dans la durée de son état, entre un dormeur qui serait resté endormi pendant 48 heures consécutives et qui en se réveillant, se croirait non pas le surlendemain, mais le lendemain du jour où il s'est couché et endormi.

Chez l'hystérique ce n'est pas par jours que se compte la durée du sommeil, mais par années, comme en témoignent les nombreux cas de vigilambulisme que j'ai rapportés, avec des régressions de la personnalité à 10, 20, 30 ans et plus en arrière. Et j'ajoute que ces régressions, ne se produisent pas seulement chez les grandes vigilambules et sous l'influence du réveil dans l'hypnose ; elles se produisent partiellement ou sous forme de rêves, de retours inopinés et spontanés de souvenirs, chez tous les grands hystériques à manifestations multiples à la fois somatiques — surtout viscérales et cénesthésiques — et psychiques.

Je dis qu'un individu qui, plongé dans un état anormal, redevient normal quand on lui ordonne de se réveiller ou qu'on emploie des excitations habituelles dans ce but concurremment avec cette injonction, est un individu qui dort. Et comme, en étudiant toutes les dégradations de cet état, toutes ses variétés, on constate que l'on passe par des transitions insensibles de ce trouble général aux troubles les plus limités et les plus localisés, que ceux-ci disparaissent par des excitations analogues aux excitations générales employées pour le réveil des vigilambules, et que les réactions provoquées par ces excita-

tions locales dans des cas de troubles localisés sont identiques à celles qui se produisent sous l'influence du réveil général chez des vigilambules, je me crois en droit d'affirmer que le trouble local, comme le trouble général, est de même nature et consiste essentiellement dans une sorte de sommeil des centres cérébraux.

Mais quel est ce sommeil ? J'ai fait à ce sujet diverses hypothèses et je préfère avouer tout de suite que je n'en sais pas plus là dessus que sur le sommeil hypnotique lui-même. On m'a cependant fait certaines critiques qui m'amènent à revenir sur cette question.

M. Claparède (de Genève), m'ayant particulièrement combattu sur ce point — et même avec un « acharnement » qu'il me reprochait à tort à l'égard de M. Pierre Janet, je prendrai ses objections pour base à mes réponses. Il les a formulées dans un mémoire publié en 1905 dans les *Archives de Psychologie* et ayant pour titre : « Esquisse d'une théorie biologique du sommeil. ». Je me garderai bien de critiquer cette théorie, qui consiste à regarder le sommeil comme une réaction de désintérêt, comme une fonction de défense qui nous empêche d'arriver à l'épuisement du cerveau. «Nous ne dormons pas parce que nous sommes intoxiqués, nous dormons pour ne pas l'être. » Comme il y a déjà une respectable quantité de théories du sommeil, dont aucune n'est démontrée ni satisfaisante, il n'y a pas grand inconvénient à en imaginer une de plus.

Mais dans la seconde partie de son mémoire, M. Claparède consacre un long chapitre à une étude comparée de l'hystérie et du sommeil, dont la conclusion est une théorie de l'hystérie considérée comme une manifestation de même ordre que le sommeil, suivant sa définition nouvelle. Notons donc immédiatement que, pour M. Claparède comme pour moi, l'hystérie est une sorte de sommeil. Cela ne l'empêche pas cependant de critiquer vivement ma théorie. D'ailleurs, celle de M. P. Janet ne trouve pas plus grâce devant lui ; il ne lui reconnaît pas plus de valeur explicative qu'à la mienne. Cela ne l'empêche pas davantage de l'utiliser pour appuyer la sienne, en prenant pour base une,une seule des différentes interprétations psychologiques de M. Janet, la distraction.

Il ne voit dans l'hystérie qu'un phénomène de distraction, de désintérêt, tout comme dans le sommeil.L'hystérie est donc un phénomène comparable au sommeil naturel, du moins compris à sa manière.

Or cette conclusion paraît bien singulière quand on le voit ensuite me reprocher—à tort du reste—d'avoir confondu le sommeil cérébral, cause de l'hystérie, avec le sommeil naturel. Sentant la contradiction, il écrit : « Mon intention n'est pas de reprendre à mon compte l'hypothèse de Sollier, en substituant à la sienne ma conception du sommeil. Non, comme je l'ai dit tout à l'heure, je crois qu'il n'y a aucun profit à *identifier* des phénomènes manifestement différents, et qu'il ne faut les *rapprocher* que pour pouvoir mieux noter quels en sont les points qui ne se recouvrent pas. Lorsqu'on a dit que l'hystérie est un sommeil on n'a rien gagné du tout, car il reste encore à déterminer *quelle sorte* de sommeil, *ce qui* différencie l'hystérie du sommeil normal. Et c'est là toute la question. » Mais où M.Claparède prend-il que j'ai identifié l'hystérie avec le sommeil normal ? J'ai dit *un* sommeil et non *le* sommeil ; j'ai même ajouté, pour bien montrer qu'il s'agissait d'autre chose que du sommeil normal, naturel, *un engourdissement.* Si quelqu'un identifie l'hystérie et le sommeil naturel, il me semble que c'est M. Claparède, et cela en se basant sur un caractère inconstant et non fondamental de l'hystérie, en face d'une hypothèse des plus contestables du sommeil naturel.

Je n'ai ni identifié ni comparé le sommeil du cerveau dans l'hystérie au sommeil naturel. M. Claparède prétend qu'on n'a rien gagné du tout quand on a d t que l'hystérie est un sommeil. Je lui demande bien pardon ; on y a gagné qu'en réveillant le sujet de ce sommeil on fait disparaître les phénomènes hystériques,qu'on le guérit, ce qui est bien quelque chose en vérité.

M. Claparède pense que toute la question est de savoir en quoi consiste ce sommeil. Cela peut être intéressant pour lui au point de vue d'une théorie du sommeil. Pour moi,j'avoue que c'est là une question secondaire ; lorsqu'un homme dort, je n'ai pas besoin de savoir en quoi consiste le sommeil pour reconnaître qu'il dort, et savoir

comment le réveiller. Et s'il se réveille quand je l'excite par la parole et par des secousses, je n'ai pas encore besoin d'avoir une théorie du sommeil pour savoir qu'il est réveillé. Or, quand il s'agit d'hystériques, lorsque je constate que leurs fonctions sont diminuées, ralenties, engourdies, et que, si je les excite par des procédés analogues à ceux qu'on emploie chez un dormeur pour le réveiller, elles me présentent des réactions analogues— très amplifiées naturellement — à celles du dormeur qui se réveille, je dis qu'elles dormaient, sans me préoccuper autrement du genre de sommeil dans lequel elles étaient plongées. Je sais seulement que c'est *une sorte* de sommeil, mais que ce n'est pas le sommeil naturel. Lorsqu'on plonge un sujet dans le sommeil hypnotique il s'agit bien aussi d'*un* sommeil, et ce sommeil est en tous points semblable à celui qui constitue l'hystérie. M. Claparède nie-t-il que ce soit *un* sommeil ? Il ne sait pas cependant en quoi il diffère du sommeil normal ; ni moi non plus, et cela pour une bonne raison, c'est que ni lui ni moi ne savons en quoi consiste le sommeil naturel. Cela nous empêche-t-il de savoir que le sujet dort, et de savoir comment on le réveille ?

Je n'ai pas été cependant sans m'inquiéter de la nature de ce sommeil cérébral, ou pour mieux dire de sa cause. Car, sur sa nature, je crois que nous n'en saurons jamais rien ; quant à sa cause, à son mécanisme, c'est une autre affaire, et c'est ce que M. Claparède ne semble pas avoir aperçu. Quand il dit que le sommeil naturel est une réaction de désintérêt, cela, en admettant que ce soit vrai, ne nous renseigne en rien sur la nature du sommeil, mais tout au plus sur sa cause, et pas davantage que si on l'attribue à de l'épuisement ou de l'intoxication, ou toute autre cause. Si j'ai recherché non pas la nature de ce sommeil mais ses causes possibles, c'est que cela a une portée pratique au point de vue thérapeutique. Si l'adage *Sublata causa, tollitur effectus* n'est pas toujours suffisant, il n'en est pas moins utile pour le praticien de savoir à quelle cause est imputable une maladie pour la mieux combattre. C'est à ce point de vue que je me suis placé pour faire certaines hypothèses qui me valent de nouvelles critiques de M. Claparède, lequel feint de les

regarder comme des affirmations de ma part, en continuant toujours à croire que j'assimile l'état de sommeil des centres nerveux dans l'hystérie au sommeil naturel.

Il m'accuse de rattacher cet engourdissement cérébral à de l'épuisement, intoxiqué que j'étais par la théorie classique du sommeil naturel, qui le rapporte à cette cause. Est-ce là la théorie classique du sommeil? Il y en a tant que je n'en sais rien. Cela importe peu d'ailleurs. J'ai pensé que l'épuisement nerveux pouvait être incriminé, parce que c'est souvent à la suite de causes déprimantes physiquement et moralement que l'hystérie apparaît. Et je le crois encore.

Plus tard j'ai reconnu que c'était là une cause insuffisante, et j'ai constaté que le choc traumatique, le défaut de fonctionnement de la périphérie, le retard de l'évolution du cerveau, l'émotion surtout, étaient des causes aussi fréquentes. M. Claparède, obstiné dans son erreur de croire que j'assimile le sommeil naturel à l'engourdissement hystérique, me fait grief de ne pas m'être aperçu que ce n'était pas là des facteurs du sommeil ordinaire, et dès lors il ne comprend pas comment j'identifie le mécanisme de l'hystérie avec celui du sommeil normal. Mais je n'ai jamais pris les causes sus-indiquées pour des causes de sommeil naturel, et s'il veut se donner la peine de relire mes ouvrages, il verra que nulle part je n'ai fait la confusion qu'il m'attribue. Je pense que le choc traumatique, surtout quand il porte sur le cerveau et détermine des pertes de connaissance, amène des états d'inertie du cerveau, une inhibition des fonctions cérébrales, qui entraîne les manifestations de l'hystérie. A côté de l'arrêt par épuisement des centres corticaux, il y a l'arrêt par inertie.

D'autre part, chez des sujets prédisposés, le fait qu'un centre cesse d'être mis en activité entraîne aussi son arrêt, son inertie. C'est ce qui se produit si souvent chez des hystériques à l'état latent, quand on immobilise un de leurs membres pour une raison ou une autre. Spontanément aussi il se produit au cours de l'adolescence des arrêts dans le développement cérébral. Ces arrêts peuvent persister, et l'écart entre la normale et l'état d'arrêt se traduit à un moment donné par des manifes-

tations fonctionnelles, d'ordre général le plus souvent, dont le type est l'anorexie primitive, mais qui s'accompagnent bientôt d'accidents secondaires hystériques.

Enfin j'en arrive à l'émotion. M. Claparède me reproche là un soi-disant cercle vicieux, consistant à dire que l'émotion provoque l'anesthésie, en engourdissant les centres nerveux, et qu'elle les engourdit en anesthésiant l'individu. M. Claparède ne cite pas les textes sur lesquels il s'appuie pour me prêter ce raisonnement absurde. Je me suis donné plus d'une fois la peine d'expliquer comment agit l'émotion sur le cerveau, comment elle l'engourdit, et comment l'anesthésie résulte de cet engourdissement, dont elle n'est que la manifestation objectivement constatable. Je me vois obligé de la renouveler ici. Sous l'influence d'une émotion il se produit une décharge d'énergie qui laisse le cerveau épuisé. Le maximum d'effet de cette émotion est la syncope, dans laquelle les fonctions motrices, sensitives, sensorielles et intellectuelles sont suspendues pour un moment. Si, comme cela arrive dans la plupart des cas, le cerveau recouvre son fonctionnement normal, la sensibilité, le mouvement, l'intelligence reparaissent intégralement. Mais que, par suite de la faible résistance, de la faiblesse constitutionnelle du cerveau, la réparation de l'épuisement ainsi produit ne se fasse pas, le cerveau reste dans un état d'activité diminuée et par conséquent sa perceptivité et sa réactivité seront diminuées aussi, ce qui se traduit par de l'anesthésie, soit générale, soit d'une façon prédominante en certains points sur lesquels la décharge émotionnelle s'est faite plus particulièrement, comme je l'ai indiqué ailleurs en étudiant les émotions localisées (1). A ce moment je dis que l'état hystérique est constitué, non pas parce qu'il y a de l'anesthésie ou de la paralysie ou tel autre trouble, mais parce que ces troubles sont le témoignage objectif de l'état d'engourdissement du cerveau, soit dans son entier, soit dans certains centres, engourdissement qui peut disparaître à la longue spontanément ou au contraire s'accentuer et se généraliser sous les moindres influences à partir de ce moment. J'ai

(1) Voir : « Le mécanisme des émotions ». F. Alcan, 1905.

soutenu depuis longtemps que ce qui caractérisait l'état hystérique c'était la tendance qu'avaient les centres cérébraux à rester dans l'état où ils étaient mis quand leur activité était diminuée, enrayée, inhibée par une cause quelconque. D'où la fréquence des idées fixes, des troubles systématisés persistants. C'est ce qui m'a fait dire dès 1893 (1), et non en 1904, comme le prétend M. Claparède, bien avant M. Bernheim par conséquent, que l'hystérie n'est pas tant une maladie qu'une manière spéciale de réagir du cerveau, qu'il n'y a pas de maladie hystérique et que l'hystérie est une manière de fonctionner du cerveau, que c'est le mécanisme cérébral qui est hystérique, et non l'affection.

Parmi les hypothèses sur la nature du sommeil spécial, cause de l'hystérie, j'avais indiqué, sans m'y arrêter, et en employant même le conditionnel, que cette sorte de vie latente des grandes hystériques vigilambules pourrait être comparée au sommeil des hibernants dû, d'après le professeur Raphaël Dubois, à l'auto-narcose par les produits d'excrétion, l'acide carbonique en particulier. M. Claparède m'en fait cependant un gros grief, quoique je n'aie fait que signaler cette manière de voir sans l'adopter. Mon idée de l'engourdissement cérébral provoquant l'hystérie est qu'il est analogue à l'engourdissement provoqué dans un nerf par une cause quelconque, le froid par exemple, ou une compression. Il cesse de transmettre et de laisser passer les excitations, d'où insensibilité, puis paralysie. Quand il reprend son activité, ce retour s'accompagne d'une série de sensations qui se présentent dans un ordre et avec des caractères particuliers. Le sujet dit que le membre dont le nerf est ainsi engourdi est endormi. Quand c'est le cerveau qui est frappé d'inhibition il se produit des phénomènes semblables. Même perte d'excitabilité, de perceptivité, de sensibilité et de motricité, mêmes réactions sensitives et motrices quand il reprend son activité normale. Je dis que le cerveau est endormi, comme l'était le nerf, et pour le prouver je le réveille ; je dis que ces troubles hystériques sont dus à ce sommeil, à cet engourdissement spécial de cerveau, et pour le prouver je les fais

(1) « Les troubles de la mémoire ». J. Rueff, 1893.

disparaître en me bornant simplement à le réveiller (1).

Il me semble que dire, comme M. Claparède, que l'hystérie est un état de sommeil parce que c'est un état de distraction, et que le sommeil est psychologiquement un état de désintérêt, de distraction totale de la situation présente, n'éclaircit pas beaucoup ni la question du sommeil normal, ni celle du sommeil cérébral spécial à l'hystérie, et que, au point de vue clinique, l'assimilation de ces deux états de sommeil est un peu hasardée, après m'avoir reproché surtout — à tort il est vrai — cette même assimilation du sommeil normal et de l'engourdissement hystérique.

M. Claparède prétend que la théorie physiologique de l'hystérie ne rend pas compte de ce qui fait le caractère des manifestations hystériques, à savoir leur caprice, leur mobilité, leur systématisation, leur dépendance de l'attention du sujet. Mais cette mobilité est-elle due au caprice? Il suffit d'en rechercher la cause pour voir qu'au contraire tout dans l'hystérie est soumis à un déterminisme rigoureux, et j'ai montré plus haut comment toutes ces apparentes contradictions dans les manifestations hystériques s'expliquaient fort naturellement quand on regardait le fonctionnement physiologique du cerveau. Aussi le Professeur Lépine écrivait-il : « Je suis pour ma part fort enclin à adopter cette manière de voir (que l'hystérie n'est qu'un sommeil local du cerveau plus ou moins généralisé); comme une infinité de centres peuvent être atteints et à des degrés différents, la variabilité infinie de l'hystérie est expliquée. »

Ce qui trompe M. Claparède, c'est qu'il pense que l'engourdissement, le sommeil spécial, implique au premier chef l'idée de passivité, l'idée d'un processus fatal sur lequel le *moi* du sujet ne peut avoir aucune prise. Comment dès lors cet état d'engourdissement cérébral tout

(1) Ce réveil amène des réactions très spéciales que j'ai décrites en détail. Dans les critiques qu'on fait de la théorie physiologique, on paraît les avoir complètement laissées de côté. Ce sont là cependant des faits d'expérience, que tout le monde peut contrôler facilement. Qu'on en donne l'interprétation qu'on voudra, elles n'en existent pas moins et demandent une explication. J'ai donné la mienne ; que ceux qui veulent en donner une autre commencent par les reproduire, à moins de prétendre que je les ai inventées, ainsi que ceux qui, à ma suite, les ont renouvelées.

négatif pourrait-il être le concomitant physiologique de phénomènes aussi mobiles, aussi vivants, aussi actifs que ceux que manifestent les hystériques ? Et il prétend que je nie le cachet d'activité des stigmates hystériques, parce que je les attribue à une diminution de l'irritabilité cérébrale, produisant un état de vie latente qui se traduit par des altérations plus ou moins profondes et étendues de la sensibilité, conception qui soumet l'hystérie aux grandes lois de la physiologie générale.

Je ne crois pas avoir jamais dénié aux stigmates hystériques un caractère d'activité positive, pour la bonne raison que je n'ai même pas soulevé cette question qui ne se pose pas à mon avis. Il est rare en effet que l'arrêt cérébral soit complet, même dans le cas où il apparaît comme tel (paralysie flasque, léthargie). Dès lors, tout en restant toujours au-dessous de la normale de l'activité cérébrale, les centres engourdis — et ils ne le sont pas tous au même degré — participent de l'activité générale du cerveau et subissent les mêmes variations, toutes proportions gardées, que celles d'un cerveau ordinaire. Je ne vois pas pourquoi un centre diminué dans son activité serait purement passif et ne réagirait pas sur les autres au prorata de ce qui lui reste d'activité. Et la meilleure preuve qu'il en est ainsi, c'est la conservation des fonctions subconscientes, laquelle dénote l'interaction des centres engourdis, mais d'une façon insuffisante pour déterminer le phénomène *conscience*, par un mécanisme que je me suis efforcé de démontrer dans mon ouvrage sur les « Phénomènes d'autoscopie » (1).

On a fait encore certaines objections à cette théorie. On a dit que les réactions présentées par les sujets qui se réveillent étaient produites par suggestion. Je ferai remarquer d'abord que même si j'avais suggéré aux sujets d'avoir telle ou telle sensation, de faire tel ou tel mouvement, cela n'enlèverait rien à ce fait que ces réactions amènent la régression de leur personnalité et une transformation complète de leur état, leur réveil cérébral et leur guérison de ce fait même.

Mais cette suggestion, j'aurais été bien embarrassé de la faire, car ces réactions, je ne les connaissais pas. Et ce

(1) « Les Phénomènes d'autoscopie ». Paris, F. Alcan, 1903.

fut une surprise pour moi de voir des sujets à qui je disais simplement en état d'hypnose « réveillez-vous » ou « sentez-vous », s'étirer, secouer la tête, éprouver des sensations diverses,se mettre tout à coup à repasser leur vie antérieure, et à un moment donné se réveiller en se croyant à plusieurs années en arrière ; ensuite en continuant à les exciter, à leur enjoindre de se réveiller, les voir repasser de nouveau toute leur existence dans l'ordre normal cette fois, en reproduisant tous les accidents, tous les sentiments éprouvés dans son cours, et enfin se réveiller définitivement, sans troubles, sans stigmates, guéris et ayant recouvré le sommeil normal, en même temps qu'une difficulté beaucoup plus grande à l'hypnose.

Et lorsque ces réactions se produisent sous l'influence unique d'excitations mécaniques, sans hypnose, sans inponctions, est-ce encore de la suggestion? Lorsque des sujets soumis à la mécanothérapie active, à la gymnastique de résistance, se mettent, quelque temps après la séance, à rêver dans un état de demi-conscience à tous les événements d'une certaine époque de leur existence passée, à éprouver tous les sentiments, toutes les sensations qu'ils avaient eus alors, à penser à des détails infimes de cette époque, à des personnes qu'ils croyaient avoir oubliées, dira-t-on toujours que c'est de la suggestion ?

On a dit encore : cette théorie s'applique aux grands sujets. Je ne sais pas quelle différence il y a entre un grand et un petit sujet, où est la limite qui les sépare, et je ne comprends pas comment la pathogénie des accidents peut être différente quand ils sont peu ou très nombreux, passagers ou tenaces. La vérité est que le mécanisme est le même, et il suffit pour cela d'observer d'un peu près les soi-disant petits sujets. On retrouve chez eux toutes les réactions observées au maximum chez les grands, mais atténuées et au prorata naturellement du degré de l'engourdissement.

Si je n'ai publié autrefois que 20 observations comme base de ma théorie c'est que ce sont les premiers cas qui se sont présentés à moi, et que, par cela même, n'étant pas choisis,ils sont plus démonstratifs.Depuis 1897 j'en ai traité plus de 200 et si, sur quelques points de détail, j'ai pu modifier certaines appréciations, je n'ai fait que

me confirmer davantage dans ma théorie fondamentale, que la thérapeutique venait démontrer comme une véritable expérience de laboratoire. Tous les médecins, tant en France qu'à l'étranger, qui ont pris la peine de vérifier mes expériences et mes méthodes ont obtenu les mêmes résultats. Beaucoup d'entre eux sont d'ailleurs venus se rendre compte par eux-mêmes au Sanatorium de la façon dont je procède.

On a dit encore que c'étaient les hystériques ellesmêmes qui se suggestionnaient. Mais, pour le faire, il aurait fallu qu'elles connûssent ce que j'attendais d'elles. Or, je ne le savais pas moi-même. Et même encore aujourd'hui il m'est souvent difficile de prévoir exactement le moment où la régression de leur personnalité va commencer. Quant à savoir où elle s'arrêtera, je le constate, mais je ne puis jamais le prévoir. Qui leur apprend à faire cette régression jusqu'au moment seulement où elles ont commencé à s'engourdir sous l'influence d'une émotion ou d'une cause inhibitrice quelconque, à traverser, au cours de leur progression, très lentement les périodes où elles ont été le plus malades, le plus engourdies par conséquent, et beaucoup plus vite celles où elles se rapprochaient plus de la normale ? Et que d'autres preuves ne donnerais-je pas ?

Mais il est si simple de reproduire soi-même ces expériences. Voilà treize ans que je les poursuis, et que tous ceux qui les ont refaites ont corroboré ce que j'ai vu. Les faits sont les faits. L'interprétation peut différer. Mais avant de les interpréter il faut d'abord les constater. La question comporte en effet deux choses : 1° l'existence des phénomènes réactionnels somatiques et psychiques observés chez les hystériques sous l'influence d'excitations d'ordres divers sur le cerveau ; et 2° l'interprétation de ces phénomènes comme des réactions dues au réveil de l'activité cérébrale.

Sur le premier point aucune discussion a priori, théorique, ne peut apporter de lumière, l'expérience seule doit être employée; sur le second aucune discussion ne peut être ouverte avant que le premier ne soit tranché. Je pense que tout esprit scientifique souscrira à cette manière de voir.

En résumé, la théorie physiologique que j'ai proposée est la seule qui repose sur l'expérimentation en même temps que sur la clinique. Elle consiste essentiellement en ceci : l'hystérie est constituée par un état d'activité moindre — depuis la légère diminution jusqu'à l'inhibition complète — des centres fonctionnels de l'écorce cérébrale. L'hystérie n'est donc que l'exagération de ce qui se produit constamment à l'état normal, avec cette différence seulement que l'inertie ou l'inhibition peuvent se généraliser à toute l'écorce et persister indéfiniment. Qu'on appelle engourdissement, sommeil, inhibition, cet état de l'écorce, peu importe (1). L'essentiel est de le constater et cela pour deux raisons : la première c'est que cela permet de comprendre le double caractère physiologique et psychologique des troubles hystériques ; la seconde, c'est que cela nous fournit une thérapeutique pathogénique, laquelle sert en même temps de contrôle et de confirmation à la théorie physiologique. Quant à rapporter rigoureusement aux centres anatomiques du cerveau tels qu'on les délimite actuellement les troubles fonctionnels hystériques, j'abandonne d'autant plus volontiers cette question secondaire que je l'ai présentée avec beaucoup de réserve, d'une part, et que, d'autre part, toutes mes recherches de psychologie générale m'amènent à défendre de plus en plus une conception dynamique et non purement mécanique de l'activité cérébrale, dans laquelle l'autonomie étroite des centres corticaux telle qu'on la conçoit encore disparaît en grande partie.

---

(1) Je dois rappeler ici que le professeur Lépine dès 1894 (*Rev. de méd.*, p. 726) et en 1896 (*Rev. de méd.*, p. 651) établissait l'analogie qui apparaît entre le sommeil et la paralysie hystérique, en les rapportant l'un et l'autre à une cause *mécanique*, à une *interruption* de l'influx nerveux au niveau des extrémités de deux neurones contigus. Cette *théorie mécanique* de l'hystérie essentiellement physiologique, elle aussi, montre un des aspects sous lesquels on peut se placer pour édifier une théorie physiologique complète, comme j'ai essayé de le faire.

PSYCHOLOGIE

Sur la symétrie bilatérale du corps et sur l'indépendance fonctionnelle des hémisphères cérébraux. (*Suite.*)

(A PROPOS D'UN LIVRE RÉCENT.)

Par CH. BONNE
Médecin-adjoint à l'asile de Braqueville.

III. — APPLICATIONS DE LA THÉORIE. CONCLUSIONS (1).

Quoique l'Auteur n'ait voulu que « poser la question du duplicisme et non certes la développer en toutes ses parties et conséquences » (p. 141), ce premier aperçu de la théorie permet déjà de donner des nouvelles bases à la morale (p. 104) et une nouvelle méthode « aux investigations sociologiques » (p. 141).

A. LA MORALE. L'Auteur paraît méconnaître les systèmes de morale basés sur l'intérêt.Du moins n'en tient-il aucun compte : après avoir constaté que le raisonnement « éclairé et guidé par les seuls instincts primordiaux » (p. 104) a découvert un certain nombre de règles pratiques, il s'écrie « Eh oui ! La théorie dupliciste permet ainsi de fonder la Morale, non sur une règle ou une autorité suprahumaine, mais sur les principes découverts par l'humble raison..... » (p. 104). La base fournie à la morale par les systèmes de l'intérêt paraît pourtant bien aussi solide.

Ces « principes », tels, du moins, qu'ils sont présentés, peuvent-ils constituer « un code de morale » ? Non, car ils ne sont pas systématisés : la pratique les trouvera un jour ou l'autre en défaut; ils ne peuvent même pas constituer la matière d'un code et l'Auteur est d'autant plus présomptueux en opposant une telle morale aux morales fondées sur une obligation supra humaine et, partant, sur une sanction, que ces morales, par ailleurs franche-

(1) Voir les n°s de mars (p. 177), d'avril (p. 293) et de mai (p. 371).

ment inadmissibles, forment plus que toute autre un système complet où tout est prévu, tout se tient, tout est ordonné. Les règles du duplicisme ne seraient jamais, en mettant les choses au mieux, que des règles empiriques dont la généralisation pourrait se trouver injustifiée. Les règles des morales de l'intérêt, basées non pas sur une expérience unique mais sur la synthèse d'un grand nombre d'expériences comparées et coordonnées auront toujours une autre portée. En effet, si l'on peut à la rigueur admettre que l'homme livré à ses propres forces découvre qu'il faut « être prudent et modéré, respectueux des lois, doux, serviable », (p. 104), ce n'est pas au raisonnement qu'il le devra, même au raisonnement guidé par les instincts primordiaux, maintenant bienfaisants, des coêtres, mais à l'expérience. Et, pour donner une valeur générale à ces principes communs à tous les systèmes, le duplicisme est sans force, car il est incapable de fournir un moyen nouveau et qui lui soit propre pour les dégager des particularités de l'expérience par l'observation ultérieure de leur application dans un grand nombre de conditions diverses, pour les ramener, si possible à des principes plus généraux, et en faire, en un mot, un système complet

B. La méthode pour les sciences biologiques. Aux yeux de l'Auteur,cette méthode, d'un ordre tout à fait particulier et qui serait seule applicable dans les sciences biologiques, ne tire pas tant son importance de cette valeur pratique pourtant remarquable, c'est-à-dire des résultats auxquels elle pourra conduire,que de ceux auxquels elle a déjà abouti : explication de plusieurs principes ou faits généraux inexpliqués ou inadmissibles pour tout système autre que le duplicisme. Justifiée par conséquent par ses propres résultats,obtenus il est vrai depuis longtemps, mais par des voies obscures et peu scientifiques, elle justifierait à son tour le système duquel elle découle.

1° L'Auteur commence par poser en principe que ni l'induction, ni la déduction « n'est applicable, du moins dans la grande généralité des cas, aux sciences sociologiques » (p. 143). Par conséquent, ou bien ces dernières ne seront pas de véritables sciences : on pourra bien

« faire quelque chose comme une sociologie descriptive ; mais la morale, le droit,la politique, seront des illogismes, des contresens, des vanités » (p.149); —ou bien « il existe un troisième moyen de connaître, propre à la sociologie ».

Ce double dilemme est injustifié : à côté des sciences proprement dites,il y a des groupes de connaissances, tels que l'histoire et la géographie, dont la première, soit dit en passant, joue un assez grand rôle en sociologie, qui ne peuvent en aucune façon prétendre au titre de sciences. Entre ces groupes et les sciences parfaites, il y a les sciences, encore pauvres en abstractions et en généralités, dont la tâche principale est l'acquisition du plus grand nombre possible de faits particuliers réservés en majeure partie à des élaborations ultérieures ; elles ne peuvent prétendre au titre de sciences qu'en avouant leurs caractères de débutantes ; enfin, elles utilisent, presque exclusivement, un troisième moyen de connaître que l'auteur élimine sans raisons, et qui, logiquement et chronologiquement, précède l'induction et la déduction : la simple *observation* des faits, suivie de leur classement provisoire.

La connaissance indirecte, celle dont l'induction et la déduction sont les deux seules « sources positives », n'est pas seule en effet l'objet de la science : celle-ci comprend encore la connaissance directe,due au simple témoignage des sens avant le travail de l'esprit qui la généralisera, lorsque ce travail est suspendu dans l'attente d'une documentation plus complète et plus sûre ; tel est, on ne saurait le nier, le cas de la sociologie, du moins dans ses parties les mieux assises et, probablement, les plus utiles.

Du reste l'Auteur dénature et limite arbitrairement le rôle de l'induction dans la sociologie en restreignant la portée de l'observation : le sujet direct de l'observation ne saurait être autre qu' « une nation, considérée isolément dans l'ensemble de la Société humaine » (p. 145). Il n'y aura donc qu'un très petit nombre de sujets capables de servir de point de départ à des généralisations : 15 ou 20 nations seulement remplissent les conditions demandées. Grâce à une application fautive du lieu commun qui compare une société à un organisme, les phénomènes à observer acquièrent une durée incompatible avec une bonne observation : « Un peuple ayant une longévité de 12 à 15 siècles..., le phénomène qui chez l'homme aura duré six mois durera dix ans chez le peuple » (p.146), ou bien leur théâtre est trop vaste pour être embrassé par un seul observateur. Mais est-ce une raison pour que l'observation, non pas telle qu'on peut l'imaginer, mais telle qu'elle doit être en l'espèce, soit « incomplète » ? Quelle est la science où la necessité de la collaboration de plusieurs observateurs passe pour une mauvaise condition ?

Enfin, il est illicite de déprécier la méthode par les défauts supposés de ceux qui l'appliquent, et d'affirmer que l'induction est nécessairement influencée par les préjugés, les préventions, l'intérêt personnel, la passion de parti (p. 146) : un tel procédé ne peut que mettre en défiance à l'égard des raisonnements ultérieurs.

Quant à la déduction, notons provisoirement qu' « il n'y a pas de principe *a priori*.... ou acquis par expérience qu'on puisse tenir pour absolu. Les quelques principes qui paraissent généralement acceptés ne sont que *relatifs* » (p. 143).

En résumé, même en tenant pour vraie « l'impuissance simultanée de la déduction et de l'induction » (p. 146), on ne supprime pas la sociologie : elle a encore d'autres ressources au moins provisoires. Mais elle pourrait aussi avoir à son service un autre moyen de connaître ; et ce moyen, pour ne plus être comme le voudrait l'Auteur, seul ou à peu près seul employé, n'en mérite pas moins d'être examiné.

2° Après avoir dénaturé le rôle de l'observation et du raisonnement dans la sociologie, l'Auteur prétend que celle-ci ne peut être une science que si elle se base sur des principes généraux, des règles de morale universelle. En d'autres termes, si l'on veut envisager spécialement la preuve a posteriori du duplicisme, la sociologie serait basée sur trois faits ou principes généraux dont elle ferait une constante application, qui guideraient et faciliteraient sa marche, et dont le duplicisme serait seul à faire connaître l'origine et à expliquer le parti qu'on en tire. Voici ces trois « faits généraux ».

a.—Nuisance de la passion, qui désaccorde les impultions individuelles ». Si le déterminisme était vrai, l'homme serait « le jouet des forces aveugles... qui déterminent et asservissent sa volonté » (p. 153). Mais, dans le duplicisme, « la personne humaine, une en sa dualité, prend conscience de son autonomie » : la théorie explique la « souveraineté de la raison ».

b. — Réaction forcée de la personne humaine sur le milieu pour en « reculer la résistance », développer ses propres facultés et aptitudes, et réaliser sa volonté.

c.—Sentiment de chaque homme qu'il a le droit de juger des autres par lui-même et le devoir [?] de se soumettre au jugement d'autrui. L'énoncé assez obscur de ce principe et son importance paraissent nécessiter la cita-

tion intégrale du texte : « ... le troisième grand fait général, qu'au nom de la philosophie dupliste nous avons à constater comme fondement d'une méthode sociologique nouvelle, à savoir que l'homme va se sentir *autorisé* à juger des autres par lui-même et, du même coup, par voie de conséquence logique, *à se soumettre* au jugement des autres hommes » (p. 155).

Nous ne chercherons pas quelles peuvent être la place et l'importance de ces « faits » en sociologie : tout est là affaire de définitions et l'Auteur n'en est pas prodigue. Il est permis de penser que la sociologie peut se passer de règles morales, qu'elle leur est même tout à fait étrangère, et que, au dessus des règles donnéees par l'introspection, il y a celles données par l'observation et dont la portée est ici tout autre ; on pourrait aussi soutenir avec plusieurs philosophes connus que le point de départ de la sociologie est purement et essentiellement objectif. Enfin, le troisième grand fait, basé sur une déduction (la similitude apparente entraîne l'identité de nature) est en lui même une induction pure (des caractères du jugement de tous d'après ceux du jugement d'un seul) et l'Auteur a refusé l'entrée de la sociologie à tous les principes généraux (p. 143).

Ces détails importent peu à la critique de la méthode et de la théorie. Le point capital, c'est que, si dans ce groupe hétéroclyte de faits et de principes, il y avait quelque chose de réellement utile et spécial aux sciences sociologiques, le duplicisme n'en serait pas démontré, car ces faits sont connus, expliqués et rattachés à une foule d'autres par la philosophie classique. L'Auteur, il est vrai, prétend celle-ci incapable d'expliquer ou de justifier les efforts de l'intelligence en vue de certaines connaissances, la généralisation de certaines données de la conscience, la lutte contre le milieu, « la haute dignité du travail » (p. 154), le sentiment de responsabilité, etc. Mais cette opinion erronée repose: 1° sur une confusion entre les deux sens du mot conscience, 2° sur l'ignorance de la psychologie classique.

1° Cette confusion est en effet manifeste : à la « conscience, voix divine » de Rousseau (p. 147) enrichie au besoin par une révélation, c'est-à-dire à la conscience mo-

rale, l'Auteur oppose la « conscience des déterministes » (p. 149) qui « évolue... sous l'action successivement accumulée des idées..... des souvenirs... des impressions.... synthèse de phénomènes organiques déterminés en dehors de notre libre volonté » (p. 148), bref la conscience proprement dite, connue de tous. D'autre part, cette même conscience «mouvante et fugace» (p.149),« sorte de cœnesthésie de l'esprit... qui ne peut prétendre à reconnaître en ses lois les lois d'autrui» (p. 152), est opposée ensuite à la conscience morale, « tribunal intérieur » (p. 151) où les forces aveugles dont la conscience déterministe est le jouet sont soumises à la souveraineté de la Raison. Enfin l'Auteur adresse à la conscience proprement dite, la « conscience déterministe », non seulement les reproches injustifiés « d'échapper à toute observation de durée suffisante» (p.149), et de se confiner dans « la connaissance de nos seules,propres et accidentelles sensations» (p.149), mais encore celui de ne pas fournir de règles morales.

Mais, dira-t-on peut-être, l'assimilation n'était-elle pas permise dans ce cas particulier où il s'agit de généraliser des notions ou des principes donnés par la conscience ? L'Auteur aurait alors dû en prévenir le lecteur et considérer successivement les deux acceptions dans tous les systèmes qu'il envisage, au lieu de tenir chacune d'elles pour propre à un système et comme le caractérisant.

2° Cette erreur concernant le « déterminisme » est certainement une des moindres que l'Auteur ait commises au sujet de la philosophie classique d'aujourd'hui. Mais exposer *comment* cette philosophie explique l'existence et les divers caractères des principes et des idées que l'on veut lui refuser,ce serait abuser de la patience des lecteurs qui ont poussé la lecture de cet article au-delà de l'énoncé de la thèse qu'il critique. Rappelons simplement à l'Auteur, en le renvoyant à ses classiques, que tous les déterministes dignes du titre de psychologue, et non pas seulement ceux qu'il appelle avec un certain mépris « les psychophysiologistes », connaissent et justifient l'existence en chacun de nous, au sein de la « conscience mouvante», d'un groupe permanent de principes rationnels dus au travail de l'esprit sur les données des sens (principes d'identité,de raison suffisante, etc.),certainement com-

muns et essentiels à tous les hommes ; qu'au dessous de ces principes, et en partie grâce à eux, il existe en chaque homme un complexus stable de notions d'abord étroites et pauvres, puis de plus en plus compréhensives, dues à l'expérience personnelle, à l'influence plus ou moins sentie du milieu, plus ou moins approfondies et éclaircies par l'éducation générale et par une éducation spéciale, liées, d'autre part, à des habitudes, à des tendances — dont souvent elles ne sont guère que l'expression — tantôt riches (caractères religieux, etc.), tantôt pauvres (rationalistes) en éléments affectifs, et qui constituent la conscience morale : conscience dont les ordres peuvent être d'une précision telle que de grands philosophes s'y sont trompés et l'ont considérée comme innée, tandis que, en réalité, elle est fonction du milieu et varie avec celui-ci, ce dont le duplicisme ne tient d'ailleurs aucun compte.

Il est facile de voir que dans la conscience morale ainsi comprise, se retrouvent tous les principes au monopole desquels aspire le duplicisme, et que ces principes ou faits y ont une tout autre portée, naturellement fonction de leur valeur intrinsèque.

Le déterminisme absolu, de Spinoza aux penseurs modernes, a toujours expliqué le rôle de la raison discursive et de la *raison pratique*, et la souveraineté que celle-ci peut exercer sur les forces extérieures ou intérieures, souveraineté faite en dernière analyse de la connaissance des conditions de ces forces, souveraineté *consciente* même chez le déterministe ou l'épicurien pratiquants, qui se savent capables de prévoir et de modifier, souveraineté, *active* chez tout homme, sur les sollicitations de l'« épithumia » comme sur les forces extérieures, tant pour les avantages immédiats de la victoire, pour « reculer la résistance du milieu », que pour les avantages à longue échéance, pour le « développement des facultés et aptitudes ». Le déterminisme explique ainsi « cette prédominance de plus en plus considérable de l'homme sur la nature » (p. 153) que son adversaire se vante d'expliquer seul (p. 154) ; il reconnaît « la haute dignité du travail ». C'est commettre entre ce système scientifique et le fatalisme une confusion grossière et d'autant plus inexcusable qu'elle est en contradiction avec les faits et a été

maintes fois relevée, que de dire : « Dans la doctrine déterministe, l'homme ne peut logiquement que se laisser aller, s'abandonner au courant qui l'entraîne ». (p. 149). L'homme même à l'esprit duquel serait toujours présente la parfaite conviction de la nature illusoire du sentiment de liberté, sait que les notions qu'il retire de l'étude et du travail, conscientes ou inconscientes deviendront plus tard des motifs d'action, le guideront et le serviront d'autant mieux qu'elles auront été mieux coordonnées et seront plus adéquates à la réalité.

Le duplicisme réclame encore pour lui seul le droit à la *généralisation* des données de l'observation intérieure, au double *point de vue descriptif* et pratique.

Il est surprenant au premier abord que des conclusions d'ordre scientifique soient refusées aux prémisses du déterminisme et accordées à celles d'un système dont la liberté est un des fondements. Pourtant ce système se targue d'atteindre seul « *à la connaissance de la vérité*, non seulement pour et dans soi-même, mais encore sur et dans autrui » (p. 157), de connaître la nature « des motifs chez autrui » (p. 17), mais cela au prix de quelle confusion ! « Dans la théorie déterministe... chacun s'isolait dans l'introspection de lui-même sans que rien l'autorisât à conclure de son état de conscience à l'état de conscience d'autrui » (p. 155). De ce que la conscience proprement dite ou plutôt le caractère conscient des faits intérieurs est impossible à définir, l'Auteur aurait-il conclu qu'il n'y a pas à en tenir compte ? Il est de fait que dans tout son livre il ne l'a jamais traitée d'une façon raisonnable.

Bien plus importante au *point de vue pratique*, la généralisation est nettement et à plusieurs reprises refusée au déterminisme dans lequel les motifs apparaissent « tous légitimes au même titre, presque fatals » (p. 155). La conscience ne pourra jamais « amener à la connaissance d'autre chose que de nos seules sensations » et cette connaissance ne pourra « jamais, même pour nous et à plus forte raison pour autrui, se traduire en formule de règle, de devoir » (p. 149). En vérité, devant un tel adversaire, le déterminisme a-t-il besoin d'une intervention quelconque ? Les motifs ont-ils une valeur appréciable en dehors de l'état social, et tous les hommes qui partagent cet état n'ont-ils pas le droit d'apprécier les motifs et les actes, ou du moins ce qu'ils en peuvent connaître en dépit du duplicisme par l'observation et le raisonnement, au point de vue, et à ce point de vue seulement, du rapport de ces faits avec les principes d'une valeur évidemment toute relative qui assurent la stabilité de l'état social ?

Le duplicisme veut asseoir le droit à la généralisation et au juge-

ment sur un principe, non pas inné, mais antérieur ou tout au moins étranger dans son origine à l'état social, fondé sur la seule organisation de l'esprit, et ayant pourtant la force impérative des règles fondées sur l'existence d'une cause supra-humaine. Il est donc par là, passible des objections insurmontables à tous les systèmes qui essayèrent de fonder sur les seules données de la biologie une morale proprement dite, par exemple, sur la tendance à persévérer dans l'être (Guyau etc.).

Bien plus, admettons que « les lois ou règles de conduite » (p. 151) formulées par l'intelligence après étude « des conditions du milieu et de l'être » soient immédiatement généralisables, cette intelligence étant supposée infaillible, sans confrontation avec les lois formulées par d'autres intelligences ; qu'elles découlent par conséquent en partie de l'étude du milieu social : ces lois pourront-elles jamais « se traduire en formule de règle, de devoir » (p. 149), cesser d'être relatives pour entrer dans le domaine de l'inconditionné, ainsi que l'Auteur le dit implicitement ? Il récuse en effet les lois fondées sur la seule expérience sociale, et veut un droit de juger inconditionné, dont il fait, chose curieuse, la condition essentielle, non seulement du droit proprement dit, simple convention, mais encore de la sociologie. Or de telles formules, dans la genèse desquelles la pratique sociale (que l'on peut supposer comprise dans l' « Etude des conditions du milieu ») ne joue qu'un rôle secondaire, et qui pourtant voudraient intervenir dans la sociologie pratique et théorique de par leur origine et leur caractère de *formules* de *devoir* absolu, n'ont en réalité, nul accès dans les rapports réciproques des hommes : elles n'ont pas, et ne pourraient avoir, lors même que le duplicisme serait vrai, le caractère absolu que l'Auteur leur attribue à l'imitation des spiritualistes. D'autre part, l'Auteur lui-même repousse de son système tous les modes d'information de la « conscience déterministe » : il cherche un critérium absolu pour l'appréciation des motifs et de la conduite de chaque homme ; il oublie enfin que dans tout système fermé au surnaturel, la formule de devoir la plus catégorique et la plus claire, ne représente jamais que la conclusion d'un raisonnement qui l'aura tout au plus justifiée, mais sans la pourvoir de la valeur pratique que l'expérience peut donner à des pactes, à des *modus vivendi* : qu'une telle formule est par conséquent parfaitement inutile, qu'il s'agisse de juger, ou bien de diriger une collectivité.

Enfin, dans ce jugement, application intempestive de l'induction et de la déduction, quelle part fait le duplicisme aux conditions intérieures et extérieures des deux esprits en présence, à la connaissance de ces conditions par celui qui juge, et surtout à la capacité intellectuelle de ce dernier ?

Le duplicisme a donc fermé devant lui la porte dont il prétendait interdire l'accès au déterminisme. Dans tous les faits sociaux,celui-ci reconnaît le sentiment de liberté et dans les faits en apparence les plus spontanés, dans les guerres, les révolutions « accomplies par les hommes au cri de leur conscience... sans se soucier de ce qu'en pourraient penser les faiseurs de théories philosophiques » (p. 157), les historiens les plus accrédités, les Taine, les Mommsen et leurs élèves n'ont vu et ne verront jamais que l'application, sinon la vérification impossible à distance, du déterminisme le plus absolu.

Le duplicisme revendique enfin la *responsabilité* ; cela est naturel puisqu'il admet la liberté ; mais,cette liberté. étant « limitée », c'est à tort qu'il a négligé d'indiquer les caractères particuliers qui en découlent pour le sentiment de responsabilité, et de spécifier ou tout au moins d'indiquer les circonstances dans lesquelles ce sentiment existera, sera limité ou non, ou, enfin, fera défaut. Mais est-il juste de refuser au déterminisme la connaissance de ce sentiment (p. 158), de ses formes et de ses effets ?

La foule de ceux qui n'ont jamais soulevé la question de la liberté mais la résoudraient affirmativement si elle leur était posée, et qui se croient soumis à des lois d'origine supra-humaine,croient leur responsabilité absolue en elle-même et limitée seulement par les causes extérieures, lesquelles seules, en cas de faute, seront prises pour excuse. Le déterministe qui sait que son sentiment de responsabilité, une fois débarrassé des croyances inculquées, n'est créé et entretenu dans son esprit que par la vie en société, ne tablera que sur la responsabilité purement relative que lui attribue cette société condamnée à ignorer les motifs d'action et à se comporter ainsi, comme si la liberté existait effectivement.

Entre ces deux extrêmes, ceux qui admettent le libre arbitre mais le croient souvent limité par des causes internes, auront ou un sentiment de responsabilité illimité, ou bien le sentiment de non responsabilité dans les cas ou les causes internes (états affectifs, états morbides etc.) auront agi. Chez tous, d'ailleurs, le déterminisme, qui explique facilement des nuances inconnues et inaccessibles au duplicisme, distinguera le sentiment immédiat et spontané, où prédomine l'élément affectif, du sentiment secondaire où la réflexion ou des associations fortuites ont fait prédominer l'élément intellectuel.

Il n'existe donc dans les sciences sociologiques ni fait

général, ni principe, ni moyen d'investigation dont le déterminisme ne contienne l'explication complète, tandis que les « explications » proposées par le duplicisme sont manifestement insuffisantes : la soi-disant preuve *a posteriori* n'a donc nulle valeur probante. Nous pouvons maintenant la considérer en elle-même, c'est-à-dire, puisque l'Auteur la donne pour une nouvelle méthode d'investigation (p. 142, 146, 156), examiner la *place* qui lui est assignée et sa *valeur* pratique.

1° Sur le premier point, les idées de l'Auteur sont d'une regrettable indécision ; à plusieurs reprises il a annoncé une méthode dont le champ d'application est bien distinct de ceux de la déduction et de l'induction ; puis on voit à la mise en œuvre que cette méthode, quoique pourvue d'un nom spécial (intuduction), ne conduit pas à des connaissances nouvelles, mais se réduit à des processus inductifs ou déductifs très simples, par lesquels l'esprit arriverait à certaines notions de nombre limité, processus si simples que l'Auteur n'a pas jugé utile de les décrire ; en effet, l'humanité se trouvait depuis longtemps en possession des notions qu'elle est censée leur devoir, sans avoir jamais remarqué par quelle voie y était arrivée, et sans que les grands penseurs eussent songé à le lui dire : « La clarté des recherches introspectives, de l'intuduction, a *de tout temps* dirigé les politiques, organisé les institutions » (p. 157). Finalement, la « méthode » se confond avec le bon sens et, vers la fin du livre, l'Auteur ne la considère plus que comme la preuve de son système, elle-même « *confirmée*, sinon par une fidèle et constante pratique, du moins par le sentiment universel des hommes » (p. 157). Cette intuduction conduit donc à des principes, vrais ou faux, peu importe, mais depuis longtemps connus et mis en pratique par le bon sens : elle n'aurait donc que la valeur d'un procédé de démonstration et l'Auteur s'est contredit en la donnant pour une méthode capable de conduire à des connaissances nouvelles. Il a, du reste négligé d'en tracer les règles : on ne voit pas, en effet, à quelles règles soumettre les vagues et hétérogènes généralisations que nous avons analysées ci-dessus. Pour cette première raison, il était illicite de chercher à caser cette soi-disant méthode dans l'arsenal de la logique à côté de

l'induction et de la déduction : elle use en effet de la première, lorsqu'elle généralise à l'universalité des consciences les données fournies par l'observation d'une seule, et, pour être juste, cette généralisation doit être faite suivant les règles de l'induction : c'est en partie grâce à un raisonnement déductif que l'esprit a la notion de l'identité de nature de tous les hommes.

L'intuduction n'est donc pas un procédé logique. Sa dénomination est doublement injustifiée, d'abord parce qu'elle la place à côté de l'induction et de la déduction, procédés généraux, ensuite parce que ce n'est pas une méthode, mais simplement, et en mettant les choses au mieux, une suite de raisonnements inductifs et déductifs faits en vue d'un objet spécial : or s'il est en logique des raisonnements pourvus de noms spéciaux, ils les doivent non à leur matière, ainsi que l'intuduction, mais à leur forme.

2° En donnant donc à sa méthode, qu'il croit à tort bien individualisée, une dénomination particulière l'Auteur en a reconnu implicitement la stérilité. Que viendrait faire en effet l'observation interne suivie de la généralisation la plus sage dans la connaissance des phénomènes dont il fait lui-même le sujet de la sociologie et à propos desquels il critique si malencontreusement la portée de l'induction et de la déduction : dans l'observation « d'une nation considérée isolément », d'une guerre, d'une révolution, etc. ? S'il existe des notions de bien et de mal communes à tous les hommes, est-ce l'observation intérieure qui donnera à la sociologie ce que précisément elle a besoin de connaître : les différences de ces notions, soi-disant communes, d'une nation, d'une classe, d'une collectivité à une autre ? Du reste, la sociologie n'est-elle pas surtout une science d'observation en voie de progrès continuel, et n'est-ce pas la dénaturer, même la supprimer, que de vouloir la réduire à des formules générales, ou tout au moins faire jouer à celles-ci le rôle prépondérant ? Or, telle est l'idée de l'Auteur, ou telle est la conclusion qui découle de ses assertions : « Ce moyen de pénétrer autrui.... de découvrir *la formule* de ses besoins, de ses désirs, ne sera ni l'induction ni la déduction, il sera l'intuduction » (p. 157).

Si en effet la méthode préconisée par l'Auteur venait à être employée seule ou de préférence aux autres dans les sciences sociologiques, celles-ci ne seraient bientôt plus qu'une scolastique nouvelle: l'intuduction conduit à des *principes*, dont un au moins, le plus important, est faux de toute évidence ; le déterminisme conduit à des *connaissances* équivalentes, toujours et essentiellement soumises à de nouvelles enquêtes ; appliquée à la psychologie individuelle, ouverte tout entière au déterminisme, l'intuduction est incapable de faire connaître à la sociologie, au droit, à la politique, ce qui précisément lui est le plus nécessaire : les différences individuelles, les différences ethniques, ou d'après la classe, la caste, la profession etc. Et l'Auteur qui a imaginé « ce troisième moyen *de connaître* propre à la sociologie » (p. 142), abandonnée, d'après lui, de l'induction et de la déduction, accuse le déterminisme et « toute doctrine de non liberté « p. 158) de méconnaître « les plus incontestables enseignements de l'histoire » (p. 153) et de fermer obstinément l'oreille à la voix du bon sens !

La valeur psychologique du duplicisme est donc rigoureusement nulle : l'Auteur n'est pas parvenu à démontrer l'existence d'une double individualité, même dans les cas donnés par lui comme les plus probants ; puis, partant de ses propres prémisses, il lui a été impossible de revenir à l'unité de la conscience et de rattacher logiquement la conscience une de ce qu'il appelle la personne complète, à la conscience propre qu'il attribue à chaque moitié de l'organisme. Continuant la série de ses raisonnements, il a attribué à tort à sa philosophie le mérite d'expliquer certains faits devant lesquels elle reste en réalité muette, même si l'on concède au duplicisme ses points capitaux ; ces faits sont d'ailleurs familiers à tous les systèmes déterministes, contrairement aux assertions répétées de l'Auteur. Les applications qu'il a faites lui-même de sa théorie en prouvent l'inanité, soit que l'on récuse, soit que l'on accorde les assertions erronées par lesquelles il prépare le terrain pour ses tentatives de vérification.

Les défauts signalés dans la partie biologique se retrouvent dans la partie psychologique où ils peuvent aussi être rattachés pour la plupart à une insuffisance de documentation : de là les confusions entre objets différents, la méconnaissance des systèmes combattus et des objections déjà faites aux arguments donnés comme neufs, de fréquentes tautologies présentées comme définitions ou comme démonstrations, des raisonnements sans force, et quelquefois sans

suite, qui, joints à une absence de précision réellement étonnante vu la nature du sujet,conduisent l'Auteur à des contradictions implicites et même à des incohérences que lui cache précisément l'insuffisance de ses connaissances en physiologie et en psychologie.

Mais si la double individualité qui est à la base du duplicisme ne mérite pas d'être prise au sérieux, il n'en est pas de même de la question de l'indépendance fonctionnelle relative des hémisphères cérébraux, non pas telle que la présente le duplicisme, dont la conception est tellement encombrée d'erreurs et de contradictions qu'elle ne pourrait même pas servir à l'unicisme de démonstration par l'absurde, mais telle qu'elle a été envisagée par des psychologues ou des physiologistes.

On a vu, ou plutôt on pourra se convaincre grâce aux indications bibliographiques données dans le cours de cet article que tous les arguments invoqués de part et d'autre en faveur de l'indépendance psychologique des hémisphères sont insuffisants ; ce n'est peut-être là qu'une présomption qui pourra disparaître devant une connaissance plus approfondie des conditions du fonctionnement du cerveau. Mais il paraît incontestable que la tendance actuelle est de restreindre de plus en plus cette indépendance et le champ de l'activité isolée de chaque hémisphère : peut-être même cette activité isolée sera-t-elle un jour considérée comme incapable d'alimenter la conscience par ses équivalents psychiques, au moins pendant un certain temps. Toujours est-il que l'on voit aujourd'hui des manifestations de la synergie des deux hémisphères, là où l'on voyait autrefois soit l'influence de centres subordonnés, soit celle d'une seule moitié du cerveau : — action sur différents viscères fonctionnant seuls ou avec d'autres : estomac et intestin, cœur et muscles de la respiration ; — action sur les organes moteurs affectés aux organes sensoriels : vision stéréoscopique ; courant d'inhibition dans les mouvements latéraux des yeux : mouvements de l'accomodation ; — manifestations elles mêmes de la sensibilité des sens spatiaux (vue) ou des sens dits qualitatifs (voir Cajal 1906, ou p. 216) ; — nature des centres de souvenir. L'hypothèse de Cajal à ce sujet (voir p. 217) est des plus plausible ; et, à s'en tenir aux seuls centres de souvenir connus, ceux des images verbales auditives et visuelles, le contenu de ces centres apparaît tel que leur interven-

tion semble nécessaire dans les actes psychiques encore simples mais dépassant les bornes de la logique des images ; la synergie des hémisphères est dans ces cas presque certaine, même si l'on ne tient pas compte de l'hypothèse de Cajal sur la diversité du contenu des centres de souvenir homologues, diversité en accord avec la loi de division du travail, et dont le résultat naturel est d'accroître la « capacité » physiologique du cerveau. Pour les opérations de l'entendement où les images des objets sont seules présentées par la mémoire, sans les mots qui les expriment, la collaboration des hémisphères paraît également nécessaire, collaboration effective et actuelle surajoutée à celle qui a présidé à l'acquisition par les sens des images réveillées, acquisition pour laquelle on a vu que la synergie des deux hémisphères est toujours indispensable, contrairement à ce que l'on croyait autrefois et quel que soit l'organe sensoriel qui ait recueilli l'ébranlement. Supposons, en effet, que toutes les images réveillées siègent dans un seul hémisphère, supposition déjà par elle-même infiniment invraisemblable ; on sait que chaque centre de souvenirs, primaire ou secondaire, est uni non seulement au centre de perception du même côté, mais encore (Cajal, Déjerine, Monakow, etc.), à celui du côté opposé, et, à chacun de ces deux centres, par des fibres dirigées dans les deux sens (Cajal, Déjerine, etc.) ; il l'est, en outre, et d'une façon certaine au centre homologue (homotopique) du côté opposé. Par conséquent, en admettant même que l'entendement trouve dans un seul centre de souvenirs les éléments d'une opération ou d'une série d'opérations qui toutes, par hypothèse, auraient encore leurs équivalents organiques dans le même hémisphère on voit que les centres correspondants, de perception et de souvenir, de l'hémisphère opposé seront forcément excités. Il est naturellement impossible de dégager du résultat commun l'action surajoutée, et contingente, si l'on veut, de l'hémisphère, dont l'intervention a été supposée secondaire ; mais il paraît probable que le réveil de quelques-uns des résidus qu'y a laissés l'impression première donnera plus de vivacité et peut-être même plus de précision aux images de souvenir.

Que l'on considère [illegible], soit le résidu d'image visuel tactile ou auditif et les représentations qui en sont liées, soit les sensations, perceptions ou reconnaissances les plus simples, c'est-à-dire les éléments nécessaires à tous les actes de l'entendement, il [illegible] que la synergie des deux moitiés du cerveau est indispensable pour la formation de ces éléments comme elle le sera plus tard pour leur mise en jeu dans les opérations simples portant sur les images concrètes et dans celles plus complexes qui portent sur les concepts. Qu'une des moitiés du cerveau manque, tous les résidus s'accumuleront forcément dans certains centres où leur réveil sera toujours possible : la lésion pourra ne se traduire par aucun symptôme psychique. Mais on a vu que dans le cerveau intact, la disposition histologique et macroscopique des voies afférentes est telle que tout ébranlement diffuse plus ou moins dans les voies des deux côtés, puis laisse à l'occasion une trace plus ou moins profonde dans des points homotopiques des deux hémisphères : la présence de résidus dans l'un et l'autre côté amène la formation de centres sensori-moteurs homologues, mais non équivalents, dont le champ se précise par l'exercice et qui ne seront jamais appelés à fonctionner que d'une façon synergique, de telle sorte que l'esprit ne connait jamais que leur contribution commune, quelle que soit la forme sous laquelle elle lui est présentée : notions simples, notions intégrées avec celles données par d'autres sens, etc. ; de telle sorte également que le réveil d'une image fournie par ces centres ou plutôt par les centres de souvenir correspondants, met automatiquement en jeu les deux hémisphères, ou, en d'autres termes, est l'expression ou l'équivalent de leur fonctionnement simultané.

6 février 1907.

BIBLIOGRAPHIE

Abraham (K). — Beiträge zur Kenntniss der motorischen Apraxie auf Grund eines Falles von einseitiger Apraxie, *Ctrbl. f. Nervenheilk. u. Psych.*, XXX Jahrg., 1er mars, p. 161 à 176, et 15 mars, p. 209 à 223, 1907.

Bérillon (Edgar). — *De l'indépendance fonctionnelle des deux hémisphères cérébraux*, thèse de Paris, 31 juillet 1884, 187 pages.

Biervliet (J.J.Van). — L'asymétrie sensorielle, *Bulletin de*

l'Acad. roy. de Belgique, août 1897. Le côté droit serait plus sensible que le gauche, de 1 /9 environ.

— L'homme droit et l'homme gauche, *Revue philosophique*, 1899, XLVII, p. 113, 276, 371.

— L'homme droit et l'homme gauche. Les ambidextres. *Revue philosophique*, octobre 1901. Résumé critique in *Année psychol.*, VIII, p. 396 à 400, 1902. — Chez les ambidextres, la mémoire de l'œil et de l'oreille gauches l'emporte constamment, comme chez les gauchers, sur celle de l'œil et de l'oreille droits.

Bleuler. — *Psychiatr.-neurolog. Wochenschrift*, 1902 (cité d'après Abraham).

Bolk (Louis). — *Das Cerebellum der Säugetiere*, 338 pages, Iéna, G. Fischer, 1906.

Brown-Séquard. — Communications à la *Société de Biologie* en 1882, 21 janvier, p. 28 à 30 ; 15 avril, p. 246 à 251 : voir surtout l'expérience III ; 22 avril, p. 279 à 284 ; surtout la communication du 13 mai, p. 328 à 332 : Faits montrant combien sont variées et nombreuses les voies de communication entre les zones motrices de la surface cérébrale et les membres.

Cajal (Santiago Ramon y-).— Estructura del quiasma optico y teoria general de los intrecruzamientos de las vias nerviosas, *Rev. trim. microg.*, tomo III, 1898. Traduction allemande : *Struktur des Chiasma opticum nebst einer allgemeinen Theorie der Kreuzung der Nervenbahnen*, Leipzig, Barth, 1899.

— *Studien ueber die Hirnrinde des Menschen*, aus dem Spanischen übersetzt von Joh. Bressler, Leipzig, Ambrosius Barth. 5e fascicule : *Vergleichende Strukturbeschreibung und Histogenesis der Hirnrinde. Anatomisch physiologische Betrachtungen über das Gehirn, Strucktur der Nervenzellen des Gehirns*, mit 47. Abb., 1906.

Carlet (G.) — *Précis de Zoologie*, 4e édition, refondue par Rémy Perrier, Paris, Masson, 1896.

Claus (C.) — *Traité de Zoologie*, 2e édition française, traduite de l'allemand sur la 4e édit., par G. Moquin Tandon, Paris, Savy 1884.

Dumontpallier. — De l'indépendance fonctionnelle de chaque hémisphère cérébral et de l'influence du degré des excitations périphériques sur le degré des manifestations fonctionnelles de chaque hémisphère cérébral chez l'hystérique hypnotisée, *Soc. Biol.*, 8 juillet 1882, 7e série, vol. IV, p. 515 à 521.

Dumontpallier. — Indépendance fonctionnelle de chaque hémisphère cérébral. Illusions, hallucinations unilatérales ou bilatérales provoquées chez les hystériques. *Ibid.*, séance du 16 déc. 1882, p. 786 à 797.

Féré (Ch.). — L'excitabilité comparée des deux hémisphères cérébraux chez l'homme, *Année psychol.*, VII, p. 143 à 160, 1901.

Féré (Ch.). — L'alternance de l'activité des deux hémisphères cérébraux, *Année psychol.*, VIII, p. 107 à 149, 1902. Longue bibliographie du dualisme cérébral (p. 107 et 108 et 146 à la fin). Ce mémoire (expériences d'ergographie) est une nouvelle démonstration indirecte de l'existence de fibres unissant « chaque moitié de la

moelle et chaque organe périphérique aux deux hémisphères.... Lorsqu'il existe un obstacle à un mouvement volontaire unilatéral, l'influx nerveux tend à prendre la voie symétrique du côté opposé. Cette tendance au transfert est d'autant plus marquée que le sujet a plus l'habitude des mouvements symétriques... Le transfert des actes qui ont nécessité un apprentissage démontre la réalité de l'éducation croisée », par exemple de la main gauche par la main droite pendant que celle-ci apprend à écrire.

Grasset (J.).—Plan d'une physiopathologie clinique des centres nerveux, *Montpellier médical*, XIX, 1904.

— L'action motrice bilatérale de chaque hémisphère cérébral, *Année psychol.*, XI, p. 434 à 445, 1905.

Harald Höffding. — *Esquisse d'une psychologie fondée sur l'expérience*, édition française rédigée conformément à la 4e édit. danoise par Léon Poitevin, préface de P. Janet. Paris, Alcan, 1900.

Janet (Pierre). — *L'automatisme psychologique*, 2e édition, 1894, Paris, F. Alcan.

Lebar (L.). — *Hyperesthésies systématisées et troubles connexes*, thèse de Paris, 1906, 311 pages (sous l'inspiration du Dr Jacquet).

Liepmann. — Das Krankheitsbild der Apraxie, *Monatschr. f. Psychiatrie und Neurol.*, 1901.

Liepmann. — Die linke Hemisphære und das Handeln, *Münch. med. Woch.*, 1905, (cité d'après Abraham).

Maas (Otto).— *Einführung in die experimentelle Entwickelungsgeschichte* (*Entwickelungsmechanik*), mit 135 Fig. im Text., Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1903. Cet ouvrage contient, outre l'indication bibliographique, l'exposé critique des travaux cités de Chabry, Driesch, Campton, Herbst, et des autres travaux des mêmes auteurs sur la mécanique du développement antérieurs à 1903.

Magnin.— *Du fractionnement des opérations cérébrales et en partie de leur dédoublement dans les psychopathies*, thèse de Paris, 1882.

Myers (Fr.). — On a telepathie explanation of some so-called spiritualistic phenomena, *Proceedings of the Soc. for psychical research*, II, 217. Cité d'ap. P. Janet, 1894, p. 403.

— Automatic writing. *Ibid.*, 1885, p. 39 (id.).

— Multiplex personnality. *Ibid.*, 1887, p. 499.

Rabier (Elie). — *Leçons de philosophie*; I *Psychologie*, 6e édition. Paris, Hachette, 1898.

Ribot (Th.).— *Les maladies de la personnalité*, Paris, F. Alcan, 1re édit., 1884 ; 5e édit. 1894.

— *L'évolution des idées générales*, Paris, Alcan, 1890.

Romanes (G. J.). — *L'évolution mentale chez l'homme. Origine des facultés humaines*, traduit de l'anglais par H. de Varigny, Paris, Alcan, 1891.

Sabatier (C.). — *Le Duplicisme humain*, 1 vol. in 18°, 160 pages. Préface de J. E. Abelous, Paris, F. Alcan, 1907.

Séglas (J.).—Des hallucinations antagonistes unilatérales et alternantes, *Annales médico-psychologiques*, 8e série, tome XVIII, p. 11 à 27, 1903. Résumé in *Année psychol.*, XI, p. 532 et 533, 1905.

Tanzi.— Una teoria dell' allucinazione, *Rivista di patol. nervosa e mentale*, VI, f. 12, 1901.

Ugolotti (Ferdinando).—(Hypertrophie compensatrice du faisceau pyramidal dans un cas de cérébroplégie infantile), *Rivista di patol. nervosa e mentale*, X, n° 9, p. 413 à 422, septembre 1905. (D'après une analyse des *Annales médico-psychologiques*).

Wundt (Wilhelm).— *Grundzüge der physiologischen Psychologie*, 5e édit., Leipzig, W. Engelmann, t. I, 1902.

La partie de ce mémoire qui a paru dans le numéro d'avril n'a pu être revue qu'une fois entre la composition et le tirage. Voici la correction des fautes d'impression les plus importantes.

Page	*Ligne*	*Lire :*
295	7	internes et de l'état
296	34	ou de sensations, considérés
297	7 d'en bas	tériques : rien
298	15	le blanc dû
299	5	plus tard, et sans
300	5 d'en bas	unilatéraux : le dipsomane
301	4 et 5	plus complexes, même
»	27 et 28	*Intervertir ces deux lignes.*
»	29	en effet, ne peut pas
302	5 de la note	(voir p. 211)
»	9 id.	un seul hémisphère aurait (hätte)
»	16 id.	sensorielle guéries
»	25 et 26 id.	le trouble [des centres... gauche]
»	28 id.	rechten Hemisphäre geführte Psyche) ».
303	9 id.	(voir p. 190)
»	dernière	Louis V., p. 307 et 308
304	av.-dernière.	L'Auteur a-t-il
305	21	contraire au duplicisme
»	av.-dern.	l'acte éprouvée par
307	7 d'en bas	Or, les états dans lesquels
309	6	et ne sont alors pas davantage en faveur
310	22	surtout p. 20 et sqq.
»	4 et 3 d'en bas	complexes (à rapprocher... sensations complexes)
311	2 et 3	organes sensoriels d'un côté
312	4 et 3 d'en bas	psychiques qui formèrent et entretiennent
314	3	sensibilité tactile
317	5	qui devrait précisément
320	4 et 5	elle-même ? En d'autres
322	15 d'en bas	de l'esprit :
324	7 d'en bas	nécessaire, les consciences des coêtres
325	7	la conscience, une, peut
»	15 d'en bas	causes qui les
326	9	manifeste pas, ce que
»	13	parvient-il à gouverner

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES

XXIII. — **Anomalies multiples congénitales par atrophie numérique des tissus**; par KLIPPEL. (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, 1906, nº 2.)

Il faut entendre par atrophie numérique un arrêt de développement d'un organe sans aucune autre lésion que la diminution du nombre des éléments anatomiques qui composent cet organe et sans aucun autre trouble fonctionnel que ceux qui peuvent résulter d'un moindre volume organique (diminution de l'étendue des mouvements par exemple). F. T.

XXIV. — **Hypotrophie d'origine bacillaire; troubles de la voie pyramidale**; par CLAUDE et LEJONNE. (*Nouv.Icon. de la Salpêtrière*, 1906, nº 2.)

Observation d'infantilisme annangioplasique chez une femme de 20 ans à antécédents tuberculeux, tuberculeuse elle-même et présentant une double lésion mitrale. — Il est probable que la maladie de cœur reconnaît pour cause une endocardite tuberculeuse fœtale et que c'est à l'action combinée de la bacillose et de la lésion cardiaque qu'est due l'hypotrophie. A rapprocher des cas de nanisme mitral. La malade présente en outre des troubles moteurs et réflexes indiquant une lésion du faisceau pyramidal. Les auteurs admettent comme vraisemblable un arrêt de développement de ce faisceau, reconnaissant la même cause que la malformation cardiaque : l'infection tuberculeuse fœtale nées pendant la vie intra-utérine, les deux lésions, cardiaque et pyramidale, sont restées longtemps à peu près latentes et n'ont manifesté leurs symptômes qu'au moment de la puberté.

F. TISSOT.

XXV. — **Régénération collatérale de fibres nerveuses terminées par des massues de croissance, à l'état pathologique et à l'état normal; lésions tabétiques des racines médullaires**; par NAGEOTTE. (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, 1906, nº 3.)

La seule forme de réparation nerveuse connue jusqu'ici est celle décrite par Ranvier : la régénération terminale ; il en existe une autre que l'auteur est parvenu à mettre en évidence, dans les ganglions et les racines postérieures des tabétiques par la méthode de Ramon Y Cajal et à laquelle il propose l'appellation de régénéra-

tion collatérale : les fibres néoformées, très fines et amyéliniques pour la plupart, naissent par bourgeonnement soit du corps cellulaire, soit de l'axone sous forme de collatérales, présentent un trajet plus ou moins compliqué de ramifications, d'enroulements et se terminent toutes par des massues qui représentent à l'âge adulte les cônes de croissance de la période embryonnaire. Ces fibres à massues ne sont point l'apanage de l'état pathologique, elles existent à l'état normal : Cajal en a décrit dans les ganglions rachidiens et sympathiques, l'auteur en a trouvé dans les cornes de la moelle. C'est là une disposition probablement générale dans le système nerveux et ces fibres à massues de croissance doivent être considérées comme des organes de réparation, des axones de remplacement destinés à remédier à l'usure physiologique des fibres, nerveuses. Leur multiplication excessive dans le tabes, l'orientation des massues et leur accumulation au pôle supérieur des ganglions indiquent sans aucun doute que ces néoformations sont appelées à remplacer les fibres radiculaires détruites. Peut-être ce processus régénérateur aboutirait-il à restaurer la fonction si le foyer de névrite radiculaire ne semblait créer sinon un obstacle infranchissable du moins une zone dangereuse pour les massues. L'emploi de la méthode de R. Y. Cajal a permis à l'auteur de constater en outre que des lésions des racines, peuvent être décelées par la présence de fibres régénérées terminées en massues, avant que soit appréciable la sclérose des cordons postérieurs ; que d'autre part il existe dans le tabes une lésion des fibres radiculaires qui précède leur destruction : cette lésion, qui consiste dans un gonflement moniliforme des cylindraxes, occupe dès le début toute la hauteur des fibres radiculaires postérieures ; dans la racine antérieure elle ne se rencontre, au début du tabes, qu'au niveau et au-dessous du foyer inflammatoire de la névrite radiculaire transverse.

F. TISSOT.

XXVI. — **Abcès cérébral, nécrose corticale, syndrome méningé** ; par DUPRÉ et DEVAUX. (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, 1906, n° 3.)

Les abcès cérébraux les plus nettement circonscrits, s'ils représentent grossièrement des lésions en foyer, équivalent en réalité, par l'extension lointaine de leurs produits toxiques, à des encéphalopathies histologiquement diffuses, dont l'expression clinique trahit le caractère général et la nature toxique. A l'appui, observation d'un homme tuberculeux qui, au milieu de troubles nerveux vagues, fait quelque ictus successifs et meurt avec le tableau de la méningite tuberculeuse ; à l'autopsie on trouve deux abcès tuberculeux collectés, mais aucune trace de lésion méningée. Sous le microscope, deux ordres de lésions : les unes, celles des abcès circonscrits, de nature inflammatoire, d'évolution lente,

produites par l'infection microbienne partie du poumon ; les autres, celles de l'écorce, diffuses, de nature nécrotique, d'évolution aiguë, relèvent de l'imprégnation toxique du cortex par les produits émanés des abcès. « Il est intéressant de rapprocher la double évolution clinique des accidents de la double évolution anatomique des lésions. Aux lésions centrales et lentes des régions tolérantes correspond le syndrome insidieux et fruste des abcès cérébraux latents. Aux lésions corticales, rapides et massives, aiguës, correspond l'explosion des symptômes manifestes d'une méningo-encéphalopathie diffuse, aiguë, dont le tableau était celui d'une méningite tuberculeuse. »

Ce fait montre une fois de plus que la pathologie des méninges est presque toute d'emprunt, et que certaines encéphalopathies peuvent revêtir, en l'absence de toute lésion méningée, une expression clinique que l'on qualifie de méningitique, alors qu'elle ne relève que de l'intoxication corticale. F. TISSOT.

XXVII.— **De quelques altérations du tissu cérébral dues à la présence de tumeurs** (*Suite*)'; par WEBER. (*Nouv. Icon. Salpêtriere*, 1906, n° 3.)

Comme suite à un travail publié dans la *Nouvelle Iconographie* 1905, n° 2, analysé dans les *Archives de Neurologie* 1906, n° 123, l'auteur apporte deux nouvelles observations avec autopsie, qui confirment en tous points ses premières conclusions : l'existence d'un courant liquide allant des ventricules latéraux au troisième et de là par l'aqueduc au quatrième ; la production d'altérations du tissu cérébral sous l'influence de la pression développée par l'obstruction de ce courant par une tumeur ; la plus grande résistance de l'écorce à la pression que de la substance blanche. Les néoplasmes développés dans la substance blanche sont particulièrement bien placés pour intercepter le courant lymphatique qui se dirige vers les ventricules. L'évacuation de liquide céphalo-rachidien peut remédier à l'augmentation de pression produite par la croissance d'une tumeur. F. TISSOT.

XXVIII. — **Remarques sur la stéréotypie graphique** ; par ANTHEAUME et MIGNOT. (*L'Encéphale*, 1906, n° 4.)

Exposé d'un cas remarquable par la complexité du contenu et la fixité de la forme : il s'agit d'un malade qui depuis sept ans rédige chaque semaine, et sans modèle sous les yeux, six lettres si exactement identiques en tout qu'elles sont superposables comme les épreuves d'une planche stéréotype : « les mêmes phrases, les mêmes mots, les mêmes signes sont invariablement toujours au même endroit, à la même place ; les pages commencent et finissent chaque fois sur les mêmes termes ; elles contiennent toutes le même nombre de lignes. » Cet homme a dans ses habitudes et ses

manières d'être, la même fixité que dans ses écrits ; ses réactions extérieures annoncent à première vue un dément, elles cachent en fait un délirant systématique persécuté, ce qui prouve qu'en général les actes ne suffisent pas pour apprécier un état mental, qu'un diagnostic ne peut être posé qu'à la suite d'examens répétés et fouillés. Dans le cas spécial, l'idée délirante commande la discipline sévère qui dirige le malade dans ses pensées et dans ses actes, et qui fait de lui un stéréotypé volontaire et conscient mais non automatique. A ce propos les auteurs critiquent la définition de la stéréotypie donnée par Dromard comme trop étroite, en excluant « les manifestations motrices répondant à un contenu idéo-affectif actuel, quelque soit leur degré de fixité », en ne s'appliquant en somme qu'aux stéréotypies démentielles. F. TISSOT.

XXIX. — **Infantilisme et dégénérescence psychique ; influence de l'hérédité neuro-pathologique** ; par MAGALHAES LEMOS (*Nouv. Icon, de la Salpêtrière,* 1906 nº 1.)

Observation très détaillée d'un cas d'infantilisme vrai, type Brissaud,associé à la dégénérescence mentale, compliqué de myxœdème et d'obésité, à la production duquel concourt une hérédité convergente des plus chargées aux points de vue nerveux, mental et dégénératif. Influence favorable du traitement thyroïdien sur l'obésité, nulle sur l'état des organes génitaux et sur les fonctions sexuelles, ainsi que sur l'état mental. F. T.

XXX.— **La spondylose rhizomélique ; anatomie pathologique et pathogénie** ; par MM. MARIE et LÉRI. (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, 1906, nº 1.)

Si la maladie décrite par P. Marie en 1898, comme une « affection singulière caractérisée essentiellement au point de vue clinique par une ankylose à peu près complète de la colonne vertébrale (spondylose) et des articulations de la racine des membres (rhizomélique) » est bien connue cliniquement aujourd'hui, il n'en est pas de même au point de vue anatomique ; car il n'existe guère en fait d'autopsie que celle publiée en 1899 par P. Marie et Léri. Une nouvelle autopsie leur permet de confirmer entièrement les hypothèses qu'ils avaient émises alors timidement sur la nature de la spondylose rhizomélique, à savoir que cette affection est une ostéopathie infectieuse ou toxi-infectieuse caractérisée primitivement par une raréfaction osseuse et secondairement par une ossification compensatrice localisée aux ligaments, bourrelets et ménisques. L'hyperossification apparaît ainsi comme une réaction curatrice du processus raréfiant. De par l'anatomie et la pathogénie la spondylose rhizomélique se distingue nettement de toutes les autres affections ankylosantes de la colonne vertébrale (cyphose hérédo-traumatique, rhumatisme vertébral ankylosant).

Les indications thérapeutiques sont encore peu précises : un seul procédé est recommandable parce que sans danger, c'est l'utilisation de la pesanteur pour le redressement des déformations ou l'obtention d'ankyloses en bonne position. F. Tissot.

XXXI. — **Contribution expérimentale à la psychophysiologie de l'usage des lunettes** ; par Féré. (*Nouv. Icon de la Salpêtrière*, 1906, nº 1.)

L'usage d'appareils légers et bien construits augmente notablement la capacité de travail et d'attention ; les lunettes sont à cet effet de beaucoup supérieures aux lorgnons. F. T.

XXXII. — **Le faisceau longitudinal inférieur et le faisceau optique central ; quelques considérations sur les fibres d'association du cerveau** ; par La Salle Archambault. (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, 1906, nºs 1 et 2.)

L'examen histologique en coupes sériées de huit cas de ramollissement étendu des régions postérieures de l'hémisphère cérébral amène l'auteur à modifier sensiblement les notions classiques admises sur l'origine et la nature de certains faisceaux, en particulier du faisceau longtitudinal inférieur. D'abord ce faisceau ne doit pas être confondu avec la couche sagittale externe (ces deux appellations sont à tort considérées comme équivalentes) : il ne constitue en effet qu'une partie de cette couche, au même titre que les faisceaux de Sachs, de Wernicke, de Vialet. Selon l'opnion classique, le faisceau longitudinal inférieur est un long faisceau d'association entre les lobes occipital et temporal. Dans ses recherches l'auteur n'a jamais vu de dégénération du faisceau longitudinal inférieur consécutive à des lésions occipitales ou temporales corticales, par contre la dégénération a toujours suivi les lésions du noyau lenticulaire, du corps genouillé externe, de la partie de la couche optique immédiatement attenante. Il le considère donc comme un faisceau de projection, la couronne rayonnante corticipète du lobe occipital, ayant son origine dans le corps genouillé externe et sa terminaison sur les deux lèvres de la scissure calcarine (sphère visuelle corticale). Ce faisceau, que l'auteur, propose d'appeler « faisceau optique central », apparaît ainsi comme une partie du faisceau longitudinal inférieur des classiques c'est ce dernier moins les fibres d'association qui encombrent son territoire. Dans la capsule interne le faisceau optique central, comme d'ailleurs les autres faisceaux de la couronne rayonnante, est dissocié par les radiations thalamiques se rendant au pulvinar.

De son travail l'auteur tire d'autres conclusions ; le cingulum relie les première et deuxième circonvolutions limbiques aux circonvolutions des faces médiane et latérale de l'hémisphère et *vice versa* ; ses deux segments, horizontal et inférieur, se continuent dans

le lobe occipital sous les noms de faisceaux de Sachs et de Vialet, ces deux derniers vaisssaux ne sont pas propres au lobe occipital, ils existent également dans le lobe pariéto-temporal. Il en est de même du faisceau vertical de Wernicke qu'on retrouve dans le lobe temporal. Les radiations thalamiques postérieures (pariéto-occipitales) et inférieures (temporo-occipitales) proviennent de toutes les circonvolutions des lobes temporal et occipital et de la partie postérieure du lobe pariétal. Le tapetum est formé exclusivement de fibres calleuses, il ne renferme pas de fibres d'association. Il n'existe pas chez l'homme de faisceau d'association occipito-frontal. Aucune fibre de l'écorce occipitale ne passe dans le pied du pédoncule cérébral ; toutes les fibres que les régions postéro-inférieures de l'hémisphère envoient au pédoncule proviennent du lobe temporal, surtout de la partie moyenne de la deuxième circonvolution temporale et en partie de la troisième: ces fibres constituent le faisceau de Turck. F. TISSOT.

XXXIII. — **Rachitisme tardif et scoliose des adolescents** ; par BRISSAUD et MOUTIER. (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, 1906, n°2.)

Scoliose survenue peu de temps avant la puberté, avec formation rapide d'une gibbosité très accusée, sans cause apparente : donc scoliose essentielle dont certains caractères permettent de dire qu'elle est une manifestation du rachitisme tardif. F. T.

XXXIV.—**Quelques notes cliniques sur les analyses d'urine et leurs résultats** ; par Robert JONES. (*The Journal of mental Science*, Janvier 1906.)

Cette étude est basée sur 969 analyses d'urine faites au lit du malade chez les aliénés de l'asile de Claybury, et dont voici un résultat sommaire : 1° *Quantité* : Elle n'a pas été mesurée pour 24 heures; 2° *Couleur* : l'urine a paru être plus foncée au moment de l'entrée, c'est-à-dire dans les états plus ou moins aigus ; mais il faut se souvenir que même à l'état sain la coloration de l'urine est extrêmement variable ; 3° *Réaction* : L'urine était acide 85 fois sur 100, probablement à cause du phosphate acide de soude, et non par suite de la présence d'un acide libre, elle était neutre 13 fois sur cent, et alcaline deux fois sur 100. 4° *Consistance* : variable, mais pas d'observations précises.

5° *Odeur* : pas notée dans tous les cas, mais quelquefois très forte 6° *Densité* : notée dans 963 cas : 1.000 à 1009, 5 fois ;—1010 à 1019; 364 fois ; — 1020 à 1029 420 fois ; — 1030 à 1039, 159 fois ; — 1040 à 1049, 15 fois. — 7° *Constitution chimique* ; *phosphates*. — Dans près de 25 pour % des cas (240 sur 969) les phosphates étaient en excès, et cela non seulement dans les urines alcalines ou neutres mais dans celles qui étaient acides ; 8° *Albumine* : Dans 7 pour cent des cas, on a trouvé de l'albumine en plus ou moins grande quan-

tité, sans que la nature de cette albumine ait été précisée. — 43 pour cent des albuminuriques étaient des mélancoliques, 30 pour cent des maniaques et 18 pour cent des déments ; 9° *Sucre* : Sa présence a été constatée dans 25 pour cent de la totalité des cas observés. Mais tous ces cas étaient des cas de glycosurie, avec disparition éventuelle du sucre : aucun cas de diabète sucré n'a été constaté. R. de MUSGRAVE CLAY.

XXXV.—**Une réaction du sérum appparaissant chez des sujets en état d'infection** ; par M. LEWIS C. BRUCE. (*The Journal of mental Science*, août 1906.)

L'auteur a observé le sérum de tous les entrants à l'asile de Perth, en utilisant comme agents passifs les globules rouges de son propre sang : il décrit la technique employée et note les constatations suivantes : la réaction agglutinative s'est produite sans exception dans tous les cas de manie avec ou sans confusion de folie circulaire, de folie manio-dépressive, de katatonie, d'hébéphrénie, d'épilepsie avec excitation. Elle ne s'est pas produite dans les cas de folie ayant une autre cause que l'infection bactérienne, par exemple dans la mélancolie d'origine métabolique dans la folie avec délire systématisé, dans la folie par épuisement, par anémie cérébrale, etc. Il a noté en outre que les globules rouges d'un malade qui fournit cette réaction agglutinative sont protégés non seulement contre l'agglutinine du sang du malade lui-même, mais aussi contre l'agglutinine du sérum d'un autre malade, c'est-à-dire que si l'on emploie les globules rouges d'un malade atteint de manie aiguë comme réactif du sérum d'un malade atteint de folie circulaire, la réaction agglutinative ne se produit pas. L'auteur rapporte en terminant quelques expériences faites par lui sur des lapins. R. DE MUSGRAVE CLAY.

XXXVI.—**Sur l'instinct : étude psycho-physique d'évolution et de dissolution** ; par M. W. H. B. STODDART. (*The Journal of mental Science*, juillet 1906.)

Dans ce travail ingénieusement conduit et sévèrement déduit, l'auteur s'est proposé d'établir : 1° Que les mouvements volitionnels et les mouvements instinctifs sont exécutés par des tractus différents du système nerveux ; 2° que le système moteur volitionnel évoluant et se développant plus tardivement que le système moteur instinctif est celui des deux qui est le plus tôt et le plus facilement compromis dans le cas de trouble mental ; 3° que lorsque le système moteur instinctif est atteint, les instincts disparaissent dans l'ordre inverse de leur développement, c'est-à-dire de leur évolution. R. DE MUSGRAVE CLAY.

XXXVII.—**La signification clinique de l'indoxyl dans l'urine**; par M. LEWIS C. BRUCE. (*The Journal of mental Science*, juillet 1906.)

Les conclusions de ce mémoire sont les suivantes : 1° Il existe une connexité entre la présence d'un excès d'indoxyl dans l'urine et le symptôme mental « dépression » ; 2° à en juger par les résultats du traitement dans l'un des cas observés par l'auteur, la présence de l'indoxyl pourrait bien avoir été le principal facteur étiologique de la maladie mentale ; 3° les preuves semblent indiquer que l'indoxyl provoque la dépression bien plutôt que d'en être la conséquence ; 4° le fait d'avoir pu observer quatre cas types de mélancolie sans indoxyl urinaire semble démontrer que nous ne pouvons pas considérer tous les cas de mélancolie comme présentant de l'intoxication par l'indoxyl. Nous devons toutefois nous souvenir que beaucoup de toxines en s'unissant aux cellules nerveuses ou en modifiant de toute autre manière leur activité fonctionnelle peuvent déterminer des effets mentaux prolongés alors même que la toxine ne peut plus être décelée dans les excrétions. L'auteur pense que c'est là probablement qu'il faut chercher l'explication de notre impuissance à améliorer les malades dont le traitement a été commencé tardivement ; 5° La présence d'un excès d'indoxyl dans l'urine révèle une surcharge du tube digestif, qu'il faut traiter immédiatement par de grands lavements et le régime lacté pur ou lacto-farineux.

R. DE MUSGRAVE CLAY.

XXXVIII. — **Valeur des lésions corticales dans les psychoses d'origine toxique** ; par BALLET et LAIGNEL-LAVASTINE. (*L'Encéphale*, 1906, n° 5.)

Il y a des lésions de l'écorce dans les psychoses toxiques : ces lésions ne sont pas constantes, elles ne diffèrent pas suivant la nature de la psychose, elles ne sont pas inflammatoires mais dégénératives. Chez 31 malades non délirants, il ne fut observé qu'une fois des lésions cellulaires corticales ; par contre sur 28 cas de délirants manifestes, il existait 13 fois des lésions certaines (neuronophagie, déformation globulaire, chromatolyse, migration périphérique du noyau déformé). D'où il ressort que, dans les toxi-infections, on ne trouve d'altérations corticales que chez les sujets délirants, que, par contre, souvent le délire existe sans lésions corticales appréciables. Il semble donc qu'il n'y a pas un rapport rigoureux, nécessaire, entre la lésion cellulaire et le trouble mental; l'un et l'autre exprimeraient chacun à leur manière et dans une certaine mesure, indépendamment l'un de l'autre, l'intoxication de l'écorce. C'est au reste bien plus la durée d'un processus pathologique que sa cause et son aspect clinique qui modifie l'histologie du cortex.

F. TISSOT.

XXXIX.—**L'application et la recherche des tests mentaux de Binet chez les enfants des écoles communales de Gand** ; par le D[r] DUPUREUX. (*Journal de Neurologie*, 1906.)

De l'étude, chez les enfants des écoles communales de Gand, au moyen des tests mentaux modifiés de Binet, de la faculté de comparaison, de la mémoire auditive, de la mémoire des images, des chiffres, du dessin, etc., l'auteur tire la conclusion que l'intelligence des enfants de la classe ouvrière flamande s'éloigne assez notablement par son mode d'extériorisation de celle des enfants de la classe ouvrière parisienne. Cette infériorité apparente des petits flamands serait due aux conditions de vie, de milieu, etc., éminemment moins favorables au développement de l'intelligence dans lesquelles sont placés ces enfants par rapport aux enfants parisiens. G.-D.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

LXVI.— **Note sur quelques cas de trichotillomanie chez des aliénés** ; par FÉRÉ. (*Nouv. Icon. Salp.* 1906, n° 2.)

Il s'agit de trois aliénés qui furent pris, presque en même temps et dans le même service hospitalier, d'un besoin irrésistible de s'arracher les poils, et chez lesquels toute hypothèse de suggestion ou d'imitation doit être écartée. Aucun n'a paru obéir à une sensation subjective préalable, mais il est probable qu'ils ont eu un prurit quelconque. F. T.

LXVII.— **Arthropathie nerveuse chez un paralytique général non tabétique** ; par ETIENNE et PERRIN. (*Nouv. Icon. de la Salp.*, 1906, n° 3.)

Les cas analogues connus sont relatifs à des paralytiques généraux tabétiques. F. T.

LXVIII.— **Œdeme des pieds chez deux imbéciles** ; par TREPSAT (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, 1906, n° 1.)

Infiltration à forme de pseudo-œdème avec cyanose intense et algidité, analogue à celle des myxœdémateux, et sur laquelle l'influence du traitement thyroïdien a été à peu près nulle. Ces œdèmes relèvent de troubles vaso-moteurs et trophiques.

F. T.

LXIX. — **La légende de l'immunité des Arabes syphilitiques relativement à la paralysie générale,** par A. MARIE. (*Revue de Médecine*, mai 1906.)

Au cours d'une mission en Egypte et d'une visite à l'asile Abbasieh au Caire, l'auteur a recueilli des éléments statistiques sur les cas de syphilis et de paralysie générale chez les Arabes d'origine. Les Arabes constituent en dehors 92 pour 100 de la population et représentent à l'asile environ 75 °/o de la population traitée. En 1901 il y avait 46 cas de paralysie générale dont la grande majorité (3/4 environ) arabes égyptiens. Il fut relevé pour la même année 76 cas de syphilis et sur 25 paralytiques généraux arabes 22 furent reconnus syphilitiques, les Arabes étaient pour la plupart des manouvriers et des artisans.

En résumé on peut constater que chez les Arabes égyptiens dans les milieux urbains du moins, la proportion de P. G. est à peu près ce qu'elle est en Europe. Si pareil fait a été mis en doute en Algérie et en Tunisie, c'est que, dans ces pays, il n'y a encore rien d'organisé au point de vue hospitalier : la plupart des malades restent encore dans les familles et les cas de P. G. restent ordinairement ignorés. C'est ce qui explique la légende qui s'est accréditée jusqu'à présent. M. HAMEL.

LXX. — **Contribution à l'étude des troubles de l'association visuelle dans la folie**; par Sydney J. COLE. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1905.)

Travail intéressant mais trop détaillé pour être résumé: rappelons seulement que le malade dont l'observation a servi de base à ce mémoire était atteint de psychose de Korsakow. R. M. C

LXXI. — **Les symptômes médullaires de la démence précoce**; par le Dr DEROUBAIX. (*Bull. de la Soc. de méd. mentale de Belgique*, août 1906).

Les troubles spinaux sont très fréquents dans la démence précoce ; on les observe en effet dans les 3/4 des cas environ, d'après l'auteur. Parmi ceux que l'on observe le plus souvent signalons l'exagération des réflexes tendineux , le clonus du pied, l'abolition des réflexes cutanés abdominaux, le phénomène du gros orteil, etc., tous symptômes qui tendraient à faire admettre une lésion de la voie pyramidale. Mais d'autre part on a noté aussi fréquemment des troubles de la sensibilité qui, d'une façon générale est obtuse, surtout à la douleur. Ces troubles spinaux se rencontrent aussi bien dans les formes simples et hébéphréniques que dans les variétés catatonique et paranoïde de la démence précoce ; mais dans aucune de ces formes ils ne semblent avoir d'électivité spéciale pour la voie sensitive ou pour la voie

motrice. L'âge des malades et la durée de l'affection semblent également sans influence sur le degré de fréquence ou la systématisation de ces troubles médullaires. G. DENY.

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE

XXIX. — **Deux frères atteints de myopathie primitive progressive (Note additionnelle)** ; par NOICA. (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, 1906, n° 2.)

A une observation publiée dans la *Nouvelle Iconographie*, 1905' n° 4 et analysée dans les *Archives de Neurologie*, 1906, n° 129, l'auteur ajoute deux nouveaux faits : l'existence de troubles sensitifs et la constatation de lésions certaines dans un fragment de nerf enlevé par biopsie, faits qui joints aux symptômes précédemment décrits font penser à une polynévrite plutôt qu'à une myopathie. Après tout il est possible qu'un élement nerveux soit venu s'ajouter au cours d'une myopathie progressive. F. T.

XXX.—**Sur un cas de « paralysie des béquilles »** ; par SOCA. (*Nouv. Icon de la Salpêtrière*, 1906, n° 2.)

De son observation très étudiée et discutée l'auteur tire des conclusions tout à fait opposées à ce qui est généralement admis en la matière, à savoir : la paralysie des béquilles n'est pas une paralysie du plexus, ni funiculaire, ni terminale, c'est une paralysie radiculaire totale ; la compression seule est insuffisante à l'expliliquer encore qu'elle ait une action dans la paralysie du radial ; le véritable mécanisme en est dans la traction qui s'exerce sur les racines du plexus brachial, la béquille jouant le rôle de poulie de réflexion. F. T.

XXXI.—**Un cas de neuro-fibromatose généralisée. Note sur la neuro-fibromatose animale** ; par RUDLER. (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, 1906. n° 2.)

Homme de 27 ans, à antécédents d'icthyose, présentant deux symptômes de la triade de Recklinghauser : tumeurs cutanées et pigmentation spéciale de la peau ; absence de tumeurs des nerfs. L'affection est congénitale chez ce sujet qui n'est ni un infantile, ni un hypothyroïdien, ni un débile.

A propos de ce cas l'auteur a recherché dans la littérature les observations publiées de neuro-fibromatose généralisée dans la série animale : cette affection y est rare, mais les cas décrits sont

intéressants à rapprocher de ceux rapportés en médecine humaine qui ont pu être suivis d'autopsie et dans lesquels les tumeurs cutanées coïncidaient avec des dégénérescences kystiques ou sarcomateuses des glandes internes. F. T.

XXXIII.— **Etude sur les paraplégies par rétraction chez les vieillards** ; par LEJONNE et LHERMITTE. (*Nouvelle Icon. de la Salp.*, 1906, n° 3.)

Etude d'une maladie du vieillard, la myosite chronique diffuse, peu connue parce que confondue avec des types cliniques voisins (rhumatisme chronique, sclérose médulaire polyfasciculaire), à étiologie très obscure, mais favorisée par le grand âge et toutes les causes de confinement au lit. Début insidieux par une parésie progressive des membres inférieurs qui nécessite l'alitement ; dès lors apparition de l'amyotrophie et de la rétraction musculaire consécutive qui commandent l'attitude en flexion. Les muscles prennent la forme de cordes rigides douloureuses à la pression ; la mobilité et la force musculaire sont fonction de l'atrophie et de la rétraction. Les articulations conservent leurs formes. Les nerfs ne sont pas douloureux. Les réactions électriques des muscles ne sont pas gravement modifiées. La contractilité idio-musculaire est augmentée. Conservation des réflexes ; intégrité des réservoirs. Extension progressive de l'amyotrophie à tout le système musculaire. Terminaison dans le marasme. Les lésions sont limitées au muscle, partout ailleurs les altérations rencontrées sont le fait de la sénilité. Le muscle est sclérosé, rétracté, infiltré par une prolifération de tissu conjonctivo-adipeux. Les particularités cliniques et anatomiques de cette affection la différencient nettement d'une part des paraplégies dont la cause revient à un processus encéphalique ou médullaire et d'autre part du rhumatisme chronique.

F. TISSOT.

XXXIV. — **Encéphalite avec confusion mentale primitive** ; par KLIPPEL. (*L'Encéphale*, 1906, n° 4).

L'encéphalite peut se traduire par divers syndromes : démence simple, paralysie générale, confusion mentale : c'est qu'en effet l'encéphalite, si diffuse et si intense soit-elle, n'est pas la condition unique du syndrome paralytique, celui-ci n'étant pas nécessairement lié à des lésions inflammatoires. « Les agents pathogènes, pour produire un syndrome donné, doivent agir sur l'encéphale sur un certain mode, en deçà et au delà duquel ces mêmes agents produisent d'autres syndromes. Pour s'expliquer les divers syndromes qu'un même agent pathogène, qu'une même toxine peuvent provoquer, leur mode d'action est aussi important à considérer que leur nature même. »

Le cas particulier à trait a un malade dont l'autopsie révéla

une encéphalite diffuse avec un syndrome confus, sans que rien, absolument rien, n'ait d'autre part rappelé le moindre symptôme appartenant au syndrome paralytique. Quant à l'encéphalite elle-même elle est remarquable par l'intensité de la congestion vasculaire et de l'œdème,marquée au microscope par la présence dans les gaines vasculaires de cellules conjonctives hypertrophiées, de cellules plasmatiques comme il en entre dans l'encéphalite paralytique, (preuve que ces éléments cellulaires ne sont pas caractéristiques de la paralysie générale, ayant été rencontrés dans d'autres inflammations), de cellules diverses du type embryonnaire. Klippel pose le problème de l'origine des cellules qui infiltrent les gaines lymphatiques dans les encéphalites, de celles du moins dont les caractères ne sont pas nettement tranchés dans le sens leucocyte ou conjonctif, il émet l'hypothèse que l'agent pathogène en action simultanée sur le sang et sur les cellules des gaines vasculaires entraîne ici et là des réactions cellulaires spéciales suivant ces divers tissus. F. TISSOT.

XXXV. — **Les principales formes des troubles nerveux dans le mal de Pott sans gibbosité** ; par ALQUIER. (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, 1906, nº 1.)

Excellente étude séméiologique et diagnostique trop importante pour être résumée ou analysée succinctement. L'absence de gibbosité qui, pour des raisons anatomiques, est un apanage du mal de Pott de l'adulte, est une cause de grandes difficultés du diagnostic ou d'erreurs cliniques, tous les syndromes de compression de la moelle et des racines pouvant être réalisés par les manifestations nerveuses d'origine pottique. Après l'exposé d'un grand nombre de cas, personnels ou autres, l'auteur aborde le diagnostic différentiel avec les affections nerveuses médullaires ou paramédullaires dont le mal de Pott sans gibbosité peut prendre le masque (névralgies, polynévrite, myopathie, myélite transverse, syringomyélie etc...) ; il énumère ensuite les éléments qui permettent de poser le diagnostic de tuberculose vertébrale et conclut enfin que parfois, et malgré une analyse clinique minutieuse des troubles nerveux, il est absolument impossible, en l'absence de déformation rachidienne, de diagnostiquer le mal de Pott.

F. TISSOT.

XXXVI.— **Acromégalie partielle avec infantilisme** ; par PEL (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, 1906, nº 1.)

Observation très fouillée dans l'exposé des symptômes, intéressante par l'association des caractères physiques de l'infantilisme et de signes certains d'acromégalie manifestes dès la naissance ; discussion pathogénique documentée et serrée. F. T.

XXXVI. — **Achondroplasie partielle, forme atypique** ; par Dufour (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, 1906, n° 2.)

Observation comportant l'existence de certains signes nets d'achondroplasie et l'absence de certains autres non moins typiques.

F. T.

XXXVII. — **Cyphose prononcée chez un tuberculeux** ; par Brissaud et Moutier. (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, 1906, n° 1.)

Complément d'une observation antérieure publiée dans la *Nouvelle Iconographie*, 1904, n° 2.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

Séance du 11 avril 1907. — Présidence de M. Babinski.

(Résumé des communications et présentations)

MM. Paul Camus et Sezary : 1° Poliomyélite antérieure aiguë de l'adolescence à topographie radiculaire ; 2° Un cas de neuromyosite post-varicelleuse. — MM. Lejonne et Oppert : Paralysie unilatérale de plusieurs nerfs craniens. — MM. Roger Voisin et Macé de Lépinay : Syndromes cérébelleux congénitaux. — MM. Lejonne et Schmiergeld : Poliomyélite antérieure aiguë de l'adolescence à type d'hémiplégie spinale croisée. — M. H. Lamy : Monoplégie du membre supérieur survenue subitement chez un vieillard artério-scléreux (distribution radiculaire supérieure de la paralysie). — MM. Crouzon et Nathan : Paralysie des masticateurs, ophtalmoplégie totale et bilatérale, paralysie faciale unilatérale, au cours du tabes. — MM. Crouzon et Villaret : Hémi-hypertrophie congénitale. — MM. H. Claude et P. Lejonne : Sur une affection méningo-encéphalique de nature mal déterminée. — M. Souques : Notes complémentaires sur l'intérêt médico-légal des hémiplégies tardives traumatiques. — MM. Lejonne et Chartier Hémiplégie d'origine thalamique à 23 ans. Paralysie générale et tabes à 26 ans. — MM. Alquier et Conos : Sur les parésies spasmodiques permanentes de l'urémie lente. — MM. Dejerine et André Thomas : les lésions radiculo-ganglionnaires du Zona. — MM. Souques et Vincent : Lésion pedonculaire avec thermo et vaso-asymétrie. Lésion protubérantielle avec thermovaso-asymétrie et

dissociation syringomyélique de la sensibilité .— M. MARINESCO : Un cas d'amyotrophie Charcot-Marie à début par les membres supérieurs, avec participation de quelques muscles de la face et des muscles masticateurs. — MM. MARINESCO et MINEA : Etude des ganglions spinaux dans un nouveau cas de tabes. — M. NOÏCA : Sur le phénomène de dissociation des réflexes cutanés et tendineux produit expérimentalement chez l'homme, — M. EGGER : La fonction gnosique.

Séance du 2 Mai 1907.

PRÉSIDENCE DE M. BABINSKI

Hystérie

M. DÉJERINE présente une femme de 45 ans, atteinte à l'âge de 13 ans de crises hystériques, qui durèrent deux ans ; elle guérit, se maria, eut des enfants. Il y a dix ans, ayant perdu son mari et trois enfants, elle fit du délire avec tentative de suicide. Elle présente actuellement une forte contracture en extension des membres inférieurs avec flexion des orteils et une contracture du membre supérieur gauche avec pronation et rotation interne ; les réflexes sont abolis; il y a anesthésie complète avec anosmie et agneusie, spasme vésical avec émissions inpérieuses, mais sans incontinence. La malade est soumise à la méthode d'isolement et de psychothérapie et M. Déjerine espère la représenter guérie.

M. Déjerine signale encore un cas d'hémiplégie infantile avec mouvement choréiformes dans le côté atteint.

Syringomyélie

M. BAR croit à l'origine congénitale de la syringomyélie dans quelques cas ; il apporte à l'appui trois observations dans lesquelles il a trouvé le début du processus chez des enfants et même chez un embryon de quarante jours.

Hérédo-ataxie cérébelleuse

M. R. VOISIN et MACÉ DE LÉPINAY présentent cinq sujets de la même famille ; le début des accidents hérédo-ataxiques remonte à l'âge de 35 ans chez la mère, vingt et vingt-cinq ans chez le fils et la fille : le petit-fils et la petite-fille, qui sont tout enfants, ont déjà des troubles moteurs accentués ; ils en concluent que dans chaque génération les symptômes apparaissent de plus en plus tôt.

Mort rapide après ponction lombaire

M. DE LAPERSONNE lit l'observation d'un sujet de vingt-quatre

ans atteint depuis trois mois de céphalée, vomissements et troubles oculaires ; l'examen de l'œil fit constater une stase papillaire marquée à droite. La ponction lombaire,pratiquée dans la position assise habituelle, amena avec peine 9 cent. cubes de liquide céphalo-rachidien ; mais le malade fut pris de céphalée, puis de torpeur avec ralentissement du pouls, d'asphyxie avec cyanose, et mourut au boût de soixante heures. L'autopsie découvrit l'existence d'un sarcome du lobe frontal droit de la grosseur d'un œuf de poule. La raison de cette mort rapide n'est guère évidente.

M. SICARD pense que la position de choix pour la ponction est le décubitus latéral.

M. BABINSKI fait remarquer que les malades qui sont soulagés par la ponction sont ceux qui présentent les phénomènes d'hypertension céphalo-rachidienne.

Injection d'alcool dans le nerf sciatique

MM. BRISSAUD,SICARD et TANON ont vu de ce fait deux cas de paralysie des membres inférieurs avec abolition des contractilités faradique et voltaïque. L'action destructive de l'alcool sur la myéline et le cylindre axe est au contraire recherchée par cette méthode qui donne des résultats remarquables dans les névralgies du trijumeau.

Tic isolé de la paupière inférieure

Ce cas de dissociation rare,a été observé par MM. RAYMOND et F. ROSE; il est plus fréquent pour les gros muscles comme le deltoïde et le trapèze. Ce manque de participation de la paupière supérieure existe également dans le mouvement de la paupière inférieure que la malade peut à volonté mouvoir isolément.

Chorée de Sydenham et syphilis secondaire

MM. CHARTIER et F. ROSE signalent l'apparition de chorée chez une fille de dix-sept ans, deux mois après l'apparition des signes primitifs de syphilis ; les auteurs pensent qu'il existe entre les deux affections une relation marquée ; il faut remarquer qu'il s'agit bien de chorée de Sydenham et non de chorée hystérique.

Traitement de la sciatique par les injections de sérum artificiel.

MM. LÉVY et BEAUDOUIN ont constaté expérimentalement les résulats fâcheux de l'injection intranerveuse d'alcool dans les névralgies sciatiques ; ils emploient la méthode et la technique allemande en injectant des doses massives et répétées de sérum artificiel stovaïné ; ils ont obtenu cinq résultats satisfaisants.

Zona ophtalmique et paralysie du moteur oculaire externe et de l'accommodation.

M. Galezowski, qui présente ce cas de paralysie dissociée, pense qu'il s'agit de lésions périphériques dues à l'inflammation du ganglion ciliaire et du moteur oculaire externe dans son trajet intra-caverneux.

Paralysie pseudo-bulbaire

MM. Raymond et Alquier présentent la photographie de pièces provenant d'un cas de paralysie pseudo-bulbaire ; on y voit des lacunes dans l'écorce et la protubérance ; les voies pyramidales sont intactes. Les lésions protubérantielles se sont manifestées cliniquement par du tremblement intentionnel, de la scansion de la parole et du nystagums.

Syndrôme de Weber avec hémianopsie

M. Rossi et Roussy ont étudié le cas par des coupes en série où l'on voit un gros foyer allant de la région pédonculaire externe gauche à la région sous-optique.

Baresthésie

M. Egger discute la théorie d'origine superficielle ou profonde de la baresthésie.

Rhumatisme chronique et insuffisance thyroïdienne

M. Peppo-Acchioli, professeur à Constantinople, lit une observation de rhumatisme articulaire chronique consécutif à une insuffisance thyroïdienne due à l'action répétée de rayons X sur la thyroïde.

J. Rolet.

NECROLOGIE

FÉRÉ
(1852-1907)



Notre collègue Féré, médecin de Bicêtre, qui a succombé, avant l'heure, à cinquante-quatre ans, après avoir donné, un quart de siècle durant, l'exemple d'un travail opiniâtre et méthodique entrepris par une haute intelligence. Pour lui rendre l'hommage auquel il a droit, nous ne saurions mieux faire que de reproduire le discours prononcé à ses obsèques par notre ami le Dr Letulle.

*
* *

Né à Auffay, en Normandie, le 13 juin 1852, Féré avait commencé ses études à Rouen, dans cette École de médecine qui façonne avec tant de vigueur et de science une pléiade continue de solides cliniciens. Lauréat des hôpitaux de Rouen en 1872, Féré venait à Paris, attiré par le prestige de notre Internat des hôpitaux ; il passait les premières années de sa vie parisienne chez Alphonse Guérin, Constantin Paul, Horteloup, Mauriac, Gubler et enfin chez Bouchard, à Bicêtre, en 1876, où il devait trouver sa voie. Interne de Broca, de Guéniot, de Parrot, de Guyon, Féré se destinait d'abord à la chirurgie, pour laquelle il avait une prédilection marquée. La Salpêtrière, où la toute puissante influence de Charcot commençait à faire triomphante une École scientifique nouvelle, ouverte à toutes les personnalités et à tous les travailleurs, décida Féré et l'entraîna dans l'étude de la neuropathologie. Sa thèse (1882) sur les «Troubles fonctionnels de la vision par lésions cérébrales (amblyopie croisée et hémianopsie) » en est la preuve et est déjà marquée de l'empreinte ordonnée de Charcot, qui portait sa méthode dans le chaos de la pathologie nerveuse.

Bientôt, l'esprit mûri de notre collègue prenait son propre élan et allait faire de lui une personnalité des plus marquantes dans les sciences biologiques.

C'est qu'en effet, non content d'appliquer à la neuropathologie et à la psychopathologie ses qualités remarquables et sans cesse cultivées d'observateur sagace et de clinicien plein de finesse, Féré apportait à ses études médicales l'enquête scientifique, plus précise et plus sûre, de l'expérimentation. Notre collègue aura eu le rare mérite de contribuer pour une part capitale, par son labeur incessant et par les beaux résultats obtenus, à une révolution bienfaisante, à la revision de la psychologie, tant normale que pathologique, au moyen de l'expérimentation biologique.

Expérimentateur ingénieux autant qu'impeccable, allant parfois même jusqu'à la minutie, Féré, soutenu par la passion de la science et par ses etudes approfondies, se façonna psychophysiologiste et psychopathologiste de premier ordre.

Les innombrables travaux consacrés par lui à la « Pathologie des émotions , à la « Famille névropathique », à la « Dégénérescence et à la criminalité » au,« Magnétisme animal»,à l' Évolution et à la dissolution de l'instinct sexuel » aux « Troubles de l'intelligence », à l' « Aphasie et à ses diverses formes », au « Traitement des aliénés dans la famille », pour ne citer que ses principaux ouvrages, en font foi et montrent la diversité de ses recherches, autant que la souplesse de son esprit.

Mais ce qui donne peut-être à mon cher camarade et compatriote tant regretté sa physionomie la plus personnelle, c'est l'ardeur passionnée avec laquelle ce médecin aliéniste, si attaché à l'étude clinique de la paralysie générale, de l'épilepsie de l'hystérie, de l'alcoolisme, de la morphinomanie et à leur thérapeutique, consacrait à des études de biologie pure tout le temps de loisir qu'il pouvait encore trouver. Les archives de la Société de Biologie sont remplies d'un nombre difficile à compter de ses travaux, tous marqués au sceau de la science la plus élevée en même temps que de l'expérimentation la plus ingénieuse, la plus fouillée, si l'on peut ainsi parler. Ses expériences mémorables sur le « travail musculaire » et la « physiologie des mouvements volontaires », sur le rôle des excitations sensitives et sensorielles dans la « fatigue musculaire » et sur leur enregistrement graphique, sur la « sensation et le mouvement sur le travail et le « temps de réaction » ont porté au loin et depuis plus de vingt ans la renommée de Féré.

Ses recherches sur la tératologie et sur la tératogénie expérimentale, conduites avec la ténacité et l'inlassable volonté d'une foi robuste dans la vérité scientifique mirent le comble à sa réputation. Elles symbolisent, à vrai dire, le caractère de de notre collègue : aborder une question bien précise, l'étudier sous toutes ses faces, sans trève ni repos, jusqu'au jour où la démonstration apparaîtra éclatante et indiscutable, telle fut sa vie scientifique et, ajoutons-le, là restera la trace glorieuse de ce grand travailleur.

L'homme n'était pas plus banal que son œuvre. Grand, maigre, avec un visage un peu triste, aux traits fortement sculptés, au front large et bombé, Féré était l'affabilité même. Il était d'un abord sympathique, et qu'on n'oubliait plus quand on l'avait quelque peu fréquenté. Biologiste estimé, doublé d'un médecin psychologue, il aura passé parmi nous un peu fier, sans ambition, modeste comme tous les vrais savants. Il aura su trouver dans la culture de la science, qu'il adorait, ses joies les plus élevées et, quand il le fallut, ses consolations et sa récompense.

Existence bien remplie, en somme, que celle entièrement consacrée, comme la sienne, à interroger les problèmes les plus ardus de la biologie ? Et heureux l'homme qui a pu en jouir sans regrets ni amertume, en éclairant de quelques lueurs bien pures le grand problème, encore si obscur, de la vie humaine.

Féré a été pendant de nombreuses années un collaborateur assidu du *Progrès médical* et des *Archives de*

neurologie (en dernier lieu en 1904.) Dans l'un et l'autre de ces journaux il a donné une série d'articles, de mémoires, *d'un incontestable* intérêt scientifique.

PRINCIPAUX OUVRAGES DE M. Ch. FÉRÉ. — *Sensation et mouvement*, 1 vol., 1900, traduction espagnole, Madrid, 1903 ; — *Les épilepsies et les épileptiques*, 1 vol., 1890, traduction allemande, Leipzig, 1894 ; — *Traité élémentaire d'anatomie médicale du système nerveux*, 1 vol., 1891 ; — *La pathologie des émotions*, 1 vol., 1892, traduction anglaise, Londres, 1899 ; — *Le traitement des aliénés dans les familles* (3e édition), 1 vol., 1905 ; — *Le magnétisme animal* (4e édition), traduction anglaise, Londres et New-York, 1888 ; *Dégénérescence et criminalité* (3e édition), 1 vol., 1900 ; — *La famille névropathique*, (2e édition), 1 vol. 1898, traduction allemande, Berlin, 1894, traduction russe, Moscou, 1896 ; — *De l'aphasie et de ses différentes formes*, par D. Bernard, (2e édition), avec une préface et des notes, par Ch. Féré, 1 vol. ; — *Du cancer de la vessie*, 1 vol., 1881 ; — *Contribution à l'étude des troubles fonctionnels de la vision par lésions cérébrales*, 1 vol., 1882 ; — *Hysteria epilepsy and the spasmodic neuroses* (twentich century practice of medecine), New York, 1897 : — *L'instinct sexuel, évolution et dissolution*, (2e édition), 1902, traduction anglaise, Londres, 1900, traduction tihèque, Prague, 1902 ; — *Les troubles de l'intelligence* (traité de pathologie générale de Bouchard, tome III, 1903.

CORRESPONDANCE

Depuis quelques années les médecins des asiles d'aliénés s'intéressent de plus en plus à leur personnel secondaire, ainsi que nous avons eu souvent l'occasion de le montrer dans les analyses de leurs rapports annuels. Les salaires ont été relevés ou des demandes pressantes, dans ce sens, ont été faites. Des essais d'instruction profesionnelle sont tentés dans divers asiles, seuls ou en connexion avec les cours d'écoles municipales faits dans la même ville ou la ville voisine, par exemple les cours spéciaux de l'asile Saint-Luc, près Pau et les cours de l'école d'infirmières de l'hôpital de Pau. Des publications sur les soins à donner aux aliénés, sur la conduite des infirmiers et des infirmières envers les malades ont paru. Nous citerons, après les chapitres de notre Manuel de l'infirmière, nos rapports à la commission de surveillance des asiles de la Seine, les brochures du Dr Levet, du Dr Cornu, de notre dévoué collaborateur Charon, de Dury-les-Amiens, etc. Nous renouvelons à cette occasion notre appel à nos

collègues des asiles pour qu'ils nous renseignent, même sur les essais imparfaits. Aujourd'hui nous sommes heureux de publier une lettre très intéressante de M. le Dr Privat de Fortunié.

Cours d'infirmiers a l'Asile d'Armentières.

M. le rédacteur en chef, Conformément au vœu exprimé par la Commission de surveillance et avec l'autorisation de M. le Directeur qui voulut bien assister à la première séance, j'ai organisé à l'Asile d'Armentières des cours d'infirmiers à partir du 9 octobre 1906. Commencé sous d'heureux auspices, cet enseignement ne tarda pas à rencontrer un certain nombre de difficultés. Et d'abord tous les infirmiers n'étaient pas également susceptibles de retirer un profit de l'enseignement. Tel d'entre eux, par exemple, avouait une connaissance imparfaite de la langue française.

D'autre part l'application du repos hebdomadaire en grossissant chaque jour le nombre des gardiens sortis,ne permettait pas dans divers quartiers de distraire une partie de l'effectif, sans danger pour la surveillance. Aussi tous les gardiens qui ont suivi les cours n'ont pu le faire d'une façon assidue et sans intermittence.

L'inconvénient que nous signalons était d'autant plus sensible que le personnel infirmier dont le recrutement est déjà si difficile se trouve rarement au complet. La grande instabilité de ce personnel devenait un obstacle nouveau. C'est ainsi que depuis le mois d'octobre nous avons vu partir cinq gardiens qui avaient commencé à suivre les cours. A la 11e division, quartier des entrants, le chef a changé deux fois dans cet intervalle, de telle sorte que pour ce quartier j'ai vu se succéder au cours trois chefs différents. Malgré ces quelques difficultés, grâce à une bonne volonté réciproque le cours a pu fonctionner régulièrement sur les bases suivantes :

Les leçons ont lieu deux fois par semaine aux jours et heures paraissant le plus convenables à savoir le mardi et le vendredi à 3 heures du soir. En vue des exercices pratiques on a choisi comme local le salon de la pension, de préférence à la salle du parloir utilisé primitivement. La durée de chaque leçon varie de 3/4 d'heure à 1 heure. Afin de restreindre les lacunes chez des gardiens qui ne peuvent assister régulièrement aux séances, le commencement de chaque leçon est consacré à une récapitulation de la leçon précédente. L'ensemble du cours comprend à la fois des leçons théoriques et des exercices pratiques. Enfin pour compléter l'enseignement, il a été mis entre les mains des infirmiers,divers manuels où ils peuvent revoir les notions données au cours.

Au point de vue du programme, je me suis inspiré de l'enseignement similaire institué dans les hôpitaux et de celui qui a été adopté dans les asiles de la Seine. Ce dernier est ainsi réparti :

Anatomie et physiologie : 12 leçons ;
Anatomie et hygiène : 12 leçons ;
Soins médicaux et chirurgicaux : 24 leçons ;
Soins aux aliénés : 20 leçons ;
Administration : 6 leçons.
Total : 80 leçons,.

C'est là, comme on le voit, un programme complexe, embrassant un grand nombre de matières et nécessitant la collaboration de plusieurs personnes. Aussi je n'ai pu le suivre dans toutes ses parties. Voici le programme auquel je me suis arrêté :

Programme du cours.

I. — *Soins hygiéniques* : 2 leçons : *A*) Hygiène de la salle de malades : *a*) Causes de viçiation de l'air par : 1° Respiration (physiologie, cubage de place, ventilation) ; 2° Chauffage (dangers des divers appareils, réglage, asphyxie par oxyde de carbone) ; 3° Eclairage ; *b*) Nettoyage des planchers, murs ; inconvénients des tapis, rideaux, etc. ; *B*) Hygiène du lit : conditions d'un bon couchage ; *C*) Hygiène du malade : soins de propreté généraux.

II.—*Soins médicaux généraux* : 2 leçons : 1° Renouvellement de l'air dans une chambre de fébricitant, température de la chambre : 2° Garniture d'un lit,changement du drap de dessous, changement de lit, changement de position dans le lit ; 3° Soins de propreté spéciaux chez fébricitants : bouche, nez, yeux, etc. ; 4° Prise et inscription de la température ; 5° Surveillance du régime ; 6° Conservation des excreta.

III.—*Utilisation des divers agents thérapeutiques* : *A*) Agents physiques : 8 leçons ; 1° Ventouses ; 2° Thermocautère ; 3° Saignées et sangsues ; 4° Applications d'eau chaude ; 5° Applications de glace ; 6° Enveloppements humides ; 7° Frictions sèches ; 8° Bains, technique de la méthode des bains froids ; 9° Respiration artificielle ; *B*) Agents médicamenteux ; *a*) Pour l'usage externe : 3 leçons ; 1° Teinture d'iode ; 2° Vésicatoires ; 3° Sinapismes et bains de pieds sinapisés; 4° Cataplasmes sinapisés, laudanisés et cataplasmes de fécule de pomme de terre ; 5° Emplâtres ; 6° Pommades ; technique de la friction mercurielle et de la friction soufrée contre la gale ; 7° Liniments; 8° Collyres ; 9° Collutoires et gargarismes ; 10° Lavements ; *b*) Pour l'usage interne : 3 leçons : Leur forme : liquide (potions, sirops, huiles, gouttes), solide (poudres, cachets, pilules, capsules, comprimés), mode d'administration et heure de l'administration.

IV. —*Soins médicaux spéciaux* : *a*) Maladies infectieuses : 10 leçons : 1° Infection et contagion ; 2° Fièvre typhoïde : divers modes de contagion, soins à donner aux typhiques, prophylaxie ; 3° Tuberculose ; 4° Scarlatine ; 5° Variole; *b*) Maladies parasitaires:

3 leçons ; 1° Ver solitaire ; 2° Gale ; 3° Teigne ; 4° Pelade (contagion et prophylaxie).

V. — *Soins chirurgicaux spéciaux* : *a*) Plaies, pansements et bandages : 15 leçons ; *b*) Fractures appareils plâtrés et massage : 3 leçons ; *c*) Hémorrhagies et hémostase : 1 leçon, Total : 50 leçons.

Jusqu'ici il a été fait 42 leçons, la majeure partie de notre programme a donc été déjà traitée, nous espérons l'achever en une dizaine de leçons. Qu'il nous soit permis de résumer les traits essentiels de cet enseignement.

Pour l'hygiène nous nous sommes borné au strict nécessaire à savoir: hygiène de la salle de malades au point de vue de l'aération, du chauffage et de l'éclairage, nettoyage des murs, planchers, etc., hygiène du lit, soins de propreté pour les malades. Au lieu de 12 leçons généralement prévues pour cette partie,nous n'en avons fait que deux.

L'anatomie et la physiologie qui comptent dans les programmes pour 12 leçons ont été complètement laissés de côté. Pour y suppléer des explications anatomiques et physiologiques ont été données chemin faisant chaque fois que ces explications devenaient nécessaires pour la clarté du sujet.

La part de la pharmacie a été également considérablement réduite. Tout ce qui concerne la préparation des médicaments a été négligé. Après quelques indications sur les principales formes pharmaceutiques, nous nous sommes surtout attaché à décrire le mode d'administration des médicaments,à signaler les divers procédés rendant leur absorption plus facile ou moins désagréable, à préciser les conditions dans lesquelles leur action est le plus utile, c'est-à-dire l'heure du médicament.

Tout ce qui concerne la mise en œuvre des divers agents thérapeutiques : agents physiques et médicaments pour l'usage externe a été minutieusement étudié. Nous avons accordé une grande importance aux soins médicaux spéciaux à donner aux sujets atteints de maladies infectieuses en insistant particulièrement sur celles qui se rencontrent à l'Asile : tuberculose, fièvre typhoïde, scarlatine. Contagion et prophylaxie ont été étudiées dans les divers cas. Il en a été de même pour certaines maladies parasitaires, gale, teigne, pelade, ver solitaire. Pour rendre cette étude plus attrayante,nous avons tenu à montrer aux élèves le microbe ou le parasite cause de la maladie. Enfin les soins chirurgicaux : désinfection des plaies, hémostase et confection des divers pansements, bandages et appareils plâtrés ont pris un grand nombre de leçons.

Une grande importance a été donnée aux exercices pratiques : transport de malades, prise de la température, respiration artificielle, application de ventouses, frictions médicamenteuses, préparation de lavements, enveloppements humides, pansements des

escarres, etc. Jusqu'à présent, il nous a été impossible, et nous le regrettons, de parler des soins spéciaux à donner aux aliénés. C'est un sujet qui mérite d'être traité minutieusement; aussi nous proposons-nous de l'aborder dans un avenir très prochain.

Tel a été le programme. Examinons quels en ont été les résultats. A chaque séance le nombre des auditeurs est en moyenne de 10. La moitié de ce nombre est représentée par le personnel du pavillon des enfants. De ce quartier ont assisté régulièrement au cours 3 sœurs et 2 infirmières. Le reste de l'Asile, et c'est là sans doute une disproportion, fournit à chaque séance cinq gardiens. Mais il importe d'ajouter que pour ceux-ci existe une sorte de roulement qui ramène à chaque séance de nouveaux auditeurs, tandis que d'autres font défaut. De telle sorte que si l'on compte le nombre total des gardiens qui d'une façon plus ou moins régulière assistent au cours, ce nombre s'élève à 10. Bien que ce chiffre soit relativement peu élevé, il convient de remarquer que la plupart des quartiers sont représentés au cours par un auditeur et presque toujours il s'agit du chef de quartier. C'est ainsi qu'en plus du pavillon des enfants, la pension, le quartier des entrants, le quartier des épileptiques, la 7e division ou quartier de délirants subaigus et chroniques, le quartier des agités, le quartier des tuberculeux, l'infirmerie nous ont fourni des élèves. Enfin ces jours-ci le pavillon Pinel vient de nous envoyer une recrue qui pourrait devenir un excellent stimulant pour les autres gardiens ; il s'agit d'un infirmier qui a déjà suivi des cours à Paris et qui paraît très au courant de la pratique des pansements.

Il m'est encore difficile d'apprécier le degré d'instruction de ces divers infirmiers. J'en compte cependant deux des plus assidus et des plus zélés qui deviendront d'ici peu d'excellents serviteurs. D'autres venus au cours plus tardivement nous donnent également de fermes espérances. Même pour ceux qui restent, certains faits nous prouvent que tout n'a pas été perdu pour eux, puisque dans un cas d'asphyxie par pendaison nous avons trouvé des infirmiers en train de pratiquer la respiration artificielle avant l'arrivée des médecins. Si cet enseignement n'a peut-être pas encore donné tous les résultats qu'on doit en attendre, nous estimons néanmoins que le principe en est posé et qu'une réaction est en train de s'opérer. La possibilité d'instruire le personnel nous apparaît d'ores et déjà comme hors de conteste. A l'heure actuelle, un noyau d'élèves est formé et il s'accroîtra certainement si l'on trouve le moyen de rendre le personnel plus stable. En instruisant ce personnel et en lui donnant véritablement un métier on y contribuera sans doute. C'est là, on ne saurait trop le dire, une amélioration urgente destinée à rendre les plus grands services au point de vue de la thérapeutique, car à l'Asile, plus qu'à l'hôpital

peut-être, les infirmiers sont pour le médecin de véritables collaborateurs.

Dr PRIVAT DE FORTUNIÉ,
Médecin adjoint de l'Asile
d'Armentières.

BIBLIOGRAPHIE

XII. — *Les anormaux psychiques des écoles. Rapport à M. le Maire de la ville de Bordeaux*, par E. RÉGIS. (Gounouilhou, éditeur à Bordeaux.)

M. le Dr Régis présente au maire délégué à la division de l'Assistance et de l'hygiène publiques de Bordeaux un rapport où il donne d'abord un rapide aperçu de la question des anormaux psychiques et la solution qui lui a été donnée en France et dans les pays étrangers; puis il donne son avis sur ce qui devrait être fait pour l'éducation des enfants anormaux dans les écoles bordelaises. Dès le début de cette brochure, deux choses intéressantes sont à noter : une définition des enfants mentalement anormaux et leur classification. Pour M. Régis, les enfants mentalement anormaux ou anormaux psychiques sont ceux qui présentent des infirmités, des arrêts de développement, des déviations, des désharmonies, ou plus simplement de l'excitabilité, de l'instabilité morbide du cerveau, empêchant ou diminuant leur adaptation aux méthodes d'éducation communes et réclamant l'intervention de l'hygiéniste. Ils se divisent en : Anormaux d'école, susceptibles de bénéficier de l'instruction scolaire ; Anormaux d'hôpital, éducables mais ayant besoin de soins hospitaliers ; Anormaux de réforme, ayant des tendances vicieuses à corriger ; Anormaux d'asiles, représentant les plus profonds degrés de la dégénérescence. Nous ne nous permettrons pas de discuter la définition et la classification de M. Régis, mais il serait à souhaiter qu'une fois pour toutes, éducateurs spécialistes et médecins se décident pour l'adoption d'une définition et d'une classification définitive aussi satisfaisantes que le permettra l'état de la question et qui éviteront des confusions fréquentes causées par le nombre considérable des définitions et des classifications actuelles. Pareille besogne avait été tentée par M. Bourneville dans sa *Lettre à M. Cariot*, puis par un groupe d'éducateurs spécialistes ; un tel effort devrait être repris et encouragé par tous ceux que la question intéresse.

Le Dr Régis donne ensuite brièvement l'état des organisations scolaires à l'étranger et fait constater les puissants efforts de la Suisse, de la Hollande, de la Belgique, de l'Italie, de l'Angleterre et de l'Allemagne.

En Prusse, 76 villes ont 143 écoles avec 385 classes et 8207 élèves ; 317 instituteurs, 81 institutrices et 31 maitresses techniques les instruisent, et, chose encourageante, 82 °/o des anormaux sortis peuvent gagner leur vie, En Angleterre, 31 villes ont 152 écoles avec 7383 élèves. Londres seule compte 89 écoles pour 4423 élèves. Le total des classes en Suisse est de 61 pour 1236 élèves, soit une moyenne par classe de 20 élèves. Pareils bilans ne se retrouvent pas en France ; à part les récentes tentatives de Paris, de Lyon et de Bordeaux, rien n'est organisé. Cependant, l'utilité des classes pour anormaux n'est pas à démontrer. La longue et pénible campagne menée par le Dr Bourneville, le promoteur de l'assistance et de l'éducation des arriérés en France a surtout donné des fruits à l'étranger. Cependant un léger mouvement semble se dessiner, dans notre pays, en faveur des anormaux d'école. Le projet de loi, proposé par la commission plénière instituée en 1904 au ministère de l'Intérieur, vient d'être récemment déposé par le Ministre: deux classes spéciales d'anormaux se sont crées à Paris.

Le Dr Régis a provoqué dans Bordeaux la réunion d'une commission de spécialistes chargée d'établir la statistique des anormaux répartis dans les écoles bordelaises, En voici les résultats : sur 8735 élèves des écoles publiques de garçons, il a été trouvé 452 anormaux, soit 5, 17 0[0. Parmi ces anormaux : 134 sont des anormaux non arriérés et 318 des anormaux arriérés. Ces derniers comprennent : 6 arriérés d'hôpitaux et 312 arriérés d'école. La statistique pour les écoles de filles n'a pas encore été faite.

L'organisation proposée par le Dr Régis comprend : 1° des *écoles spéciales* autonomes de 8 classes avec 25 élèves au maximum, peut-être mixtes si ce système, que M. Régis qualifie de hasardeux, est possible. Les classes seraient confiées à des maîtres spécialisés et autant que possible à des maîtresses. Un médecin spécialiste serait attaché à chacune des écoles. 2° des *consultations-médico-pédagogiques*, ayant lieu au moins une fois par mois. Ces consultations purement médico-pédagogiques fonctionneraient sans porter atteinte au droit des parents de recourir au médecin de leur choix pour les traitements à suivre. 3° des *cours spéciaux* aux instituteurs. Ces cours seraient faits dans les écoles normales par des médecins spéciaux et par les directeurs des écoles spéciales. Cette question si importante du choix et de la formation des maîtres de classes spéciales aurait gagné à être développée par le Dr Régis ; elle mérite certainement d'être élucidée par des esprits éclairés et tranchée par des gens compétents

Espérons que tous ceux qu'intéressent la question de l'éducation des anormaux et dont l'avis serait précieux en l'occurrence nous fourniront une solution dont la nécessité s'impose. B. P.

XIII. — *Le roman scientifique d'Emile Zola. — La Médecine et les Rougon-Macquart* ; par le Dr Henri MARTINEAU, J.-B. Baillière, Paris, 1907.

Il est classique de dire que le roman d'Emile Zola est du roman expérimental et que son *histoire naturelle et sociale d'une famille sous le second Empire* a été scientifiquement conçue et exécutée. Le public a pu s'y laisser prendre et beaucoup ont ajouté à la satisfaction littéraire, celle de faire de la science au coin du feu : on lisait une scène d'accouchement, un tableau de viol, une description d'ambulance avec le même esprit qu'on va entendre une conférence sur la tuberculose ou assister à quelque sensationnelle opération médico-légale.

Le monde littéraire et scientifique en a jugé autrement. Ce n'est pas ici le lieu d'aborder la critique littéraire ; mais après Bourget, Maurice Barrès, Anatole France, et en s'inspirant de leur jugement, M. Martineau vient d'étudier au point de vue de la conception scientifique, l'histoire des Rougon-Macquart.

Le sujet avait déjà tenté des spécialistes comme Toulouse et Lombroso, M. Martineau lui donne ici plus d'extension. L'ouvrage s'ouvre par une vue d'ensemble sur la conception scientifique de Zola, puis il aborde ce problème de l'hérédité que l'auteur pensait ou peut-être prétendait avoir scientifiquement mené, et dont le critique nous montre les truquages ; les procédés de complaisance sont encore de mise dans les données de médecine générale ; l'intéressant personnage qu'est le Dr Pascal, le dernier des types dessinés par Zola, avec d'autant plus de soin qu'il le donne comme l'apôtre de sa théorie scientifique est par ce fait même, de la part de M. Martineau, l'objet d'une étude critique consciencieuse.

Comme Flaubert disait de Zola qu'il était un romantique, M. Martineau nous le montre comme une sorte de dilettante scientifique. Peut-être le lui reproche-t-il avec un peu de partialité. A l'heure actuelle, les admirateurs de Zola aiment en lui le poète incontesté plus que le savant discutable. Il ne faut pas oublier non plus que Zola n'écrivait pas pour le même public que Claude-Bernard, quoiqu'il s'en défende.

M. Martineau s'est souvent laissé aller à la critique de l'homme de lettres, tendance qui ajoute, d'ailleurs, à l'allure vivante et personnelle de cette intéressante étude critique ; elle franchira le cercle du monde médical pour être connue du public, des *Zolalâtres* comme des *Zolaphiles*, pour employer un terme de la belle époque du romantisme. J. ROLET.

XIV. — *Traitements utiles du tabes*, par le Dr Belugou, de La Malou, Davy-Paris, 1906.

Le tabes est-il absolument incurable, et son pronostic est-il, comme le dit Romberg, nécessairement fatal ? Ne peut-il, au contraire, sous l'influence de traitements spéciaux, être enrayé, régresser et même cliniquement guérir ?

Si l'on passe en revue les principales méthodes thérapeutiques, on voit que le traitement antisyphilitique est le plus usité ; mais l'examen de ses effets montre qu'il a surtout une action préventive et que son efficacité est beaucoup plus douteuse chez les tabétiques avérés; quoi qu'il en soit, la forme d'application de choix est l'injection hypodermique de sels solubles, benzoate, bichlorure, cacodylate ou hermophényl.

Le traitement par les agents physiques constitue une seconde classe ; les procédés mécaniques : élongation de la moelle et des nerfs, suspension etc., n'ont donné que de médiocres résultats ; l'application rationnelle de la rééducation motrice en donne de meilleurs.

Tout autre est l'efficacité du traitement hydrothermal sur le tabes ; Leyden, Grasset, Raymond, Landouzy attestent la valeur thérapeutique de la balnéothérapie et les stations thermales utiles peuvent d'après M. Belugou être ramenées à trois types principaux : Néris, Balaruc et La Malou ; cette dernière station est réellement spécialisée pour les tabétiques ; celle de Royat s'en rapproche; c'est d'ailleurs l'étude de l'état général, de la nature des symptômes et des complications coexistantes qui fixe pour le malade l'indication de l'une des stations thermales étudiées.

Il va sans dire que l'hygiène des organes, de l'alimentation, du système musculaire, ainsi que l'hygiène climatérique et psychique seront de précieux adjuvants du traitement entrepris.

Traitement utile, affirme M. Belugou. Médecin de La Malou, il est compétent dans la question et l'ouvrage qu'il présente aujourd'hui au monde médical continue la série de ses intéressants travaux sur les effets du traitement hydrothermal dans les maladies du système nerveux et en particulier de la moelle épinière.

J. Rolet.

XV. — *Les lois psychophysiologiques du développement des religions.* (L'évolution religieuse chez Rabelais, Pascal et Racine); par le Dr Binet-Sanglé, prof. à l'Ecole de psychologie. (Un vol. in-18 1907, chez Maloine).

Cet ouvrage est un nouveau chapitre de l'étude de psychophysiologie anthropologique entreprise par le prof. Binet-Sanglé avec les « *Prophètes Juifs* » et dont il est superflu de souligner de nouveau l'importance. L'histoire des suggestions religieuses chez Rabelais et dans les familles Pascal et Racine lui permettra au-

jourd'hui de poser les premières assises psychologiques de l'hiérogénie.—Dans l'introduction sont rappelées les diverses formes de la croyance : on croit parce qu'on objective ses sensations, ou par raisonnement, ou par sentiment, ou par crédulité (croyance par ouï-dire); on croit encore parce qu'on veut croire, et enfin par suggestibilité (croyance forcée).— Les idées religieuses s'installent dans l'esprit par suggestion, par ouï-dire ou par sentiment. Elles ont évolué : d'abord le fétichisme, puis l'animisme, puis les divinités, enfin le monothéisme, mais elles restent en dehors de la science, Dieu est une hypothèse. Les sentiments qui en facilitent la pénétration suivent deux gammes : l'une dans le ton de la peur, l'autre de l'émotion tendre. Mais elles se sont heurtées aux vérités sensorio-rationnelles et ont décliné: les religions aboutissent à une sèche philosophie religieuse, et les dogmatistes l'emportent sur les mystiques.— Ces mystiques ont un air de famille, ce sont des hypersuggestibles et ils se contagionnent. Cette contagion est plus aisée entre les membres d'unemême famille : les Arnauld, les Pascal, les Racine. — Le livre est divisé en 4 parties: les trois premières contiennent l'histoire des suggestions religieuses chez Rabelais et dans les familles Pascal et Racine; la 4e est un aperçu des lois psychophysiologiques du développement des religions, d'après ces données historiques.

1° Rabelais, nous dit M. Binet-Sanglé, était bien l'homme de son livre, un être riche en substance, bien en chair, haut en couleur, robuste, énergique « sain et dégourdi», plein de vie et de gaité. Et, le suivant dans les grandes étapes de son existence, il nous le montre soumis à toutes les suggestions des ordres religieux dont il fut membre, bénédictins et cordeliers; travaillant beaucoup et pensant, lisant des livres grecs interdits au couvent; puis chanoine bénédictin, et peu après prêtre séculier parcourant le monde, fait pour lequel il fut déclaré apostat « ab ordine suscepto ». Rabelais commence alors à se montrer sévère pour les moines; il se libère en partie des suggestions religieuses de son enfance, entre en relations avec des partisans de la Réforme, avec Jean de Boyssonné, luthérien, qui dut abjurer à Toulouse les idées qu'il partageait avec Rabelais. Il devient bachelier en médecine, publie son second livre, où il bafoue les papes, la faculté de théologie, qui condamna l'ouvrage. Il épouse les haines de Luther, dont il conserve en partie la foi cependant, il adresse au pape une supplique où il demande l'absolution, qu'il obtient ; mais cette supplique est expliquée par le grand besoin d'argent : Rabelais cherchait à redevenir moine pour avoir sa vie assurée. Plus tard, grâce à une nouvelle supplique, il devient chanoine à Saint-Maur, où il reste juste le temps de s'assurer les bénéfices et ensuite curé de Saint-Christophe. La condamnation d'Etienne Do-

let l'incite à faire des retouches à ses deux premiers livres;il publie le troisième,qui est dénoncé comme hérétique à François Ier; mais le roi le lut et s'en amusa fort. Rabelais restait d'ailleurs déiste.Enfin il est nommé curé de Meudon;il résigne ses deux cures et donne le 4e livre de son roman, où il s'attaque surtout au pape. Il meurt à 58 ans, en laissant les matériaux du 5e livre, qui ne parut que 11 ans plus tard.— L'histoire de Rabelais montre qu'il se « dégagea peu à peu de la plupart des erreurs qui s'étaient, par d'incessantes suggestions, imprimées dans son cerveau ; il le dut à sa science et à son intelligence, au nombre, à l'activité, à la cohésion de ses neurones cérébraux, à l'excellente constitution dont sa gaîté n'était qu'un signe,à sa belle santé ».

2e Dans les 2e et 3e parties, l'auteur nous montre au contraire les familles Pascal et Racine, victimes de leur hérédité et de leur milieu, constituant un excellent terrain pour la culture des idées religieuses. La famille Pascal s'éteignit, décimée par l'erreur, après avoir subi la contagion de ces idées, à cause de sa constitution psychopathique, M. Binet-Sanglé a dressé, pour sa démonstration, les observations médicales de tous les membres de cette famille, et, en vérité, rien n'est plus probant.Le cas de la famille Racine n'est pas moins frappant : tous les ascendants et collatéraux du poète ont présenté des tares.

Après l'histoire, vient la partie sociologique : des constatations qu'il a faites, l'auteur tire un *type dévot*; le dévot est un être maladif, prédisposé aux troubles du système nerveux, surémotif, triste, humble ,craintif, égoïste, éminemment suggestible, menant une vie anormale, parce qu'il est anormal. Puis, il étudie les conditions de la suggestion religieuse, les adjuvants de cette suggestion (sexe, âge, docilité, surémotivité... faiblesse d'esprit, veilles, jeûnes, sensations), les modes de contagion religieuse. Cette contagion donne lieu à des foyers d'épidémie, et, pour en faire saisir le mode de formation, l'auteur emploie très ingénieusement des comparaisons géométriques:les chapelets de suggestion ou séries de suggestionnés;la soudure de ces chapelets conduit à des triangles, où le sommet est occupé par le suggestionneur et la base par les suggestionnés, à des doubles triangles, à des rectangles, etc.... La soudure de ces figures a pour résultat la formation d'agrégats de suggestion religieuse ou *hiérosyncrotèmes* familiaux, qui s'accroissent comme les îles madréporiques.Cette représentation graphique des résultats de la contagion religieuse est très intéressante : rien ne fait mieux comprendre ce qu'a voulu établir l'auteur, c'est-à-dire la cohésion intime et fatale des dégénérés dévots d'une famille. Et dans sa conclusion, il généralise, il évoque l'image de toutes les suggestions religieuses de la terre, qui forment autour d'elle comme un filet immense : « Ce filet, cette toile d'erreurs, que tissèrent les fondateurs de

religions, étouffe les peuples, en leur voilant le soleil et l'infini. Maia la science y promènera sa torche; elle fondera la morale future, plus saine, basée sur la physiologie, la psychologie, la sociologie et qui préconisera avant tout cette qualité aryenne par excellence : l'amour de la vérité. E. COULONJOU.

XVI. — *L'oculistisme hier et aujourd'hui. Le merveilleux préscientifique* ; par le Prof. S. GRASSET, P. Masson, éditeur, 1907.

M. le prof. Grasset, à qui la connaissance des centres nerveux doit tant de progrès, vient de publier une intéressante étude de l'*Occultisme*, qui contient à la fois une histoire et un exposé, une discussion et un plan de travail.

On sait que, d'après lui, il faut distinguer, chez l'homme, la fonction psychique supérieure et la fonction psychique inférieure. A la première appartiennent les actes conscients volontaires, à la seconde les actes conscients automatiques. Or, la dualité analogue des centres psychiques doit exister.

Tel est le principe qui a inspiré la théorie du prof. Grasset. Les phénomènes occultes, dit-il, sont des phénomènes psychiques préscientifiques qui n'appartiennent pas encore à la science, mais peuvent y entrer plus tard, et dès ce moment cessent d'être merveilleux et occultes ; l'occultisme est donc comme une terre promise dont la science approche et qu'elle s'efforce d'envahir tous les jours. Ce caractère préscientifique distingue l'occultisme du surnaturel, du miracle qui resteront toujours hors de la science.

Or, constamment la science *désocculte* un certain nombre de phénomènes et recule les frontières de l'occultisme. Mais ce faisant elle n'influence pas les doctrines philosophiques et religieuses, et il ne faut rechercher dans les faits occultes aucune preuve nouvelle en faveur de la survie pas plus qu'aucun argument contre le spiritualisme. Quoi qu'il en soit, la démonstration scientifique de nombreux phénomènes occultes n'est pas impossible et ce sont là des questions dignes de tenter les savants qui veulent travailler pour la science positive. J. ROLET.

XVII. — *Traitement moral, hygiène et éducation des idiots et des autres enfants-arriérés* ; par Edouard SÉGUIN, préface par Bourneville. Un volume in-8° de pages, 526 III *bis* de la *Bibliothèque d'Education spéciale*, chez Félix Alcan, Paris, 1906.

La première édition de cet ouvrage date de 1846, nous devons savoir gré à M. Bourneville d'avoir fait revivre dans cette deuxième édition l'enthousiasme, la persévérance et les idées pratiques de Séguin.

La question de l'éducation, base du traitement de l'idiotie, apparaît déjà dans le livre de Séguin, le point d'appui du traitement

moral de l'enfant normal, comme de l'enfant pathologique ; le traitement médico-pédagogique assidu exigé par l'idiotie prépare les matériaux d'une étude d'éducation physiologique de l'espèce humaine. (*Revue neurologique*, 15 avril.) E. Feindel.

XVIII.— *Traitement médico-pédagogique des différentes formes de l'idiotie*; par Bourneville. (Vol. de 135 pages de la *Bibliothèque d'Education spéciale*, n° XIII, chez Félix Alcan, Paris, 1905 et Librairie du *Progrès Médical.*)

Depuis de nombreuses années, M. Bourneville démontre dans ses publications que le *traitement médico-pédagogique* des idiots donne des résultats extrêmement favorables. Même les idiots complets, les idiots profonds sont améliorables ; à plus forte raison, les imbéciles et les arriérés sont perfectibles, et ils peuvent être rendus utiles à la Société. M. Bourneville, tenant essentiellement à ce que ses assertions soient vérifiées, réunit dans le présent volume un grand nombre d'observations d'idiots qui sont encore dans son service et que, par conséquent, tout médecin peut examiner à loisir. Chez la plupart de ces enfants, l'idiotie était assez profonde avant le traitement médico-pédagogique.

Seulement, ce traitement doit être commencé de bonne heure, dès que les premiers signes de l'idiotie sont constatés. Le traitement doit être maintenu rigoureux, et il faut être très réservé sur la déclaration de l'incurabilité du petit malade ; on ne saurait trop insister sur la nécessité d'une persévérance soutenue, car quelquefois, ce n'est qu'au bout de 2 ans, de 3 ans, que l'on observe le premier éveil de l'intelligence.

Les acquisitions scolaires de ces enfants vont quelquefois jusqu'à l'obtention du certificat d'études. Mais l'éducation spéciale vise surtout à rendre ces sujets utiles à eux-mêmes et aux autres, à les rendre aptes aux travaux manuels. Menuiserie, serrurerie, imprimerie, couture, cordonnerie, vannerie, cannage et paillage des chaises sont les métiers qu'on s'efforce d'apprendre aux garçons. Travaux du ménage, blanchissage, repassage, couture, tapisserie, broderie, etc., sont les connaissances que l'on donne aux filles. (*Revue neurologique*, 15 avril.) E. Feindel.

VARIA

Congrès international de psychiatrie, de neurologie, de psychologie et d'assistance des aliénés.

(Amsterdam, 2-7 septembre 1907.)

Règlement du Congrès. — 1. Le Congrès aura lieu du 2 au 7 eptembre, dans l'Université Oudemanhuispoort ; entrée Klo-

veniersburgwal près du No. 78 ou O. Z. Achterburgwal près du No. 227). Pendant le Congrès le secrétariat siégera dans une des salles de l'Université. *Jusqu'à cette date*, le secrétariat restera Prinsengracht 717.— II. Les Gouvernements étrangers seront informés de la réunion du Congrès et pourront s'y faire représenter.—III.Tous ceux qui s'intéressent au développement de la psychiatrie, neurologie et psychologie ou de l'assistance des aliénés pourront se faire inscrire comme membres du Congrès. IV. Le droit d'admission est fixé à 20 fr. pour MM. les membres et à 10 fr. pour les Dames des membres.

V. Les souscripteurs recevront après le versement du montant de la cotisation au secrétariat leur carte d'identité qui leur donnera le droit : *a*) de participer à tous les travaux du Congrès ; *b*) d'assister à toutes les fêtes; *c*) de recevoir un exemplaire du compte-rendu, rédigé par le Secrétariat ; *d*) de jouir de tous les avantages offerts à MM. les congressistes. VI. Les langues admises seront : le français, l'allemand et l'anglais.

VII. Les travaux du Congrès seront divisés en séances générales et séances de sections. VIII. Les séances générales seront dirigées par les présidents honoraires qui seront nommés dans la séance d'ouverture du Congrès, par un des membres du comité international ou par un autre membre éminent du Congrès, qui assistera à la séance.

IX. Les séances des sections seront dirigées par leurs présidents ou à la suite d'une invitation, par un membre quelconque du comité international ou par un membre éminent du Congrès qui assistera à la séance.

X. Le président fixera l'ordre des travaux ; les secrétaires des sections rédigeront les procès-verbaux de chaque séance. — XI. Dans la séance des sections seront traitées d'abord les questions pour lesquelles un ou plusieurs rapporteurs auront été désignés. Puis viendront les communications présentées par MM. les membres. XII. MM. les rapporteurs disposeront de 20 minutes pour lire leur rapport, tandis qu'ils ne sera pas accordé plus de 5 minutes pour chaque membre qui prendra partàla discussion. La durée d'une communication présentée par un des membres du Congrès n'excèdera pas 15 minutes. Pour la discussion chaque orateur pourra disposer de 5 minutes et ne prendra pas plus d'une fois la parole lors de la discussion de la même communication, à moins que le président ne lui en donne l'autorisation. XIII. Lorsqu'un membre aura pris la parole dans une discussion. il devra remettre avant la fin de la session ou dans les 24 heures, au secrétaire de la section, le résumé de sa communication, faute de quoi une simple mention en sera faite au procès-verbal. XIV. L'ordre des sujets qui seront traités dans les séances des sections sera réglé par le secrétariat, de concert avec le comité de la sec-

tion. XV. Quand l'ordre du jour d'une séance n'aura pas été épuisé, la suite en sera remise à la séance du lendemain, à moins que l'assemblée n'en décide autrement. XVI. MM. les rapporteurs qui désireraient voir imprimer leurs rapports ou un résumé succinct de leurs rapports, sont priés d'envoyer l'un ou l'autre au secrétariat avant le 15 juillet.

Le manuscrit ne pourra excéder 15 pages d'impression. On n'acceptera pas de planches, plans, ou diagrammes, à moins que les auteurs ne s'engagent à en supporter les frais. Quant aux communications que MM. les membres désireraient présenter, le secrétariat devra être informé de leurs titres avant le 1er août. XVII. Les membres qui auraient l'intention d'envoyer des instruments ou de faire des expériences sont priés d'en informer le secrétariat avant le 15 juillet. XVIII. Dans la séance de clôture on traitera des intérêts du Congrès et, éventuellement, de ceux des Congrès suivants. Les questions suivantes seront traitées par MM. les rapporteurs : I. *Psychiatrie, Neurologie.* — Théories modernes sur la genèse de l'Hystérie. — Psychoses alcooliques chroniques, les formes pures de Démence exceptées. — Asymbolie et Aphasie. — Diagnose différentielle entre la Démence-Paralytique et les autres formes de Démence acquise. — Localisation corticale des fonctions sensibles. — Symptômes locaux dans l'Epilepsie genuine. — Le tonus provenant du labyrinthe. — Le tonus cérébellaire. — Contractures secondaires de l'hémiplégie.

Myasthenia gravis et autres formes de myasthénie. II. *Psychologie et Psycho-physique.* — La Psychologie de la Puberté. — Etat actuel de la théorie Lange-James concernant les émotions. — Différence entre la Perception et l'Image. — La Fonction secondaire — L'histoire antérieure des Psychopathes. III. *Assistance des aliénés.* — L'organisation de la direction des asiles d'aliénés et l'inspection des asiles par l'Etat. — Le personnel infirmier, son éducation, ses droits et ses devoirs. — L'assistance familiale et le travail agricole. — Le traitement des aliénés ayant comparu en justice. — L'application de la psycho-synthèse et de la psychoanalyse dans le traitement des aliénés. — L'éducation des enfants mentalement arriérés.

Programme des fêtes. — Réception par les autorités de la ville Visite au « Rijksmuseum ». Représentation spéciale au théâtre. Excursion par bateau dans la ville d'Amsterdam. Réception au Club des étudiants. Excursion à Leyde (visite à l'hospice des aliénés « Endegeest »), la Haye, Scheveningue (dîner de clôture).

DIX-SEPTIÈME CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE (Genève-Lausanne, août 1907.)

Le XVIIe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de

France et des pays de langue française se tiendra cette année à Genève et à Lausanne, du 1er au 7 août sous la présidence de M. le Prof. Prévost, de Genève.

Prière d'adresser les adhésions et cotisations et toutes communications ou demandes de renseignements au Dr Long, 6, rue Constantin, Genève. Voici le programme :

Genève. Jeudi 1er août : Matin, séance d'inauguration. Après-midi, 1er rapport, M. GILBERT BALLET : *L'expertise médico-légale et la question de responsabilité*. Discussion. Soir : Promenade en bateau et diner sur le lac.

Vendredi 2 août : Matin, séance à l'asile de Bel-Air. Communications diverses. Après-midi, 2e rapport, M. ANTHEAUME : *Les psychoses périodiques*. Discussion. Réunion du Comité permanent.

Samedi 3 août : Matin, communications diverses, démonstrations anatomiques et projections. Après-midi, communications diverses, réunion du Congrès en Assemblée générale.

Dimanche 4 août : Pas de réunion officielle, les congressistes iront à Divonne-les-Bains (Ain) où à Evian-les-Bains (Haute-Savoie), où des réceptions sont organisées par les établissements hydrothérapiques de ces stations.

Lausanne. Lundi 5 août : Matin, séance au palais de Rumine. 3e rapport, MM. CLAUDE et SCHNYDER : *Nature et définition de l'hystérie*, discussion. Après-midi, asile de Cery-sur-Lausanne. Dernière séance, communications diverses, collation offerte par l'asile, départ pour Montreux-Territet.

Mardi 6 août : Excursion à Glion, Caux, Rochers de Naye. Déjeuner à Caux, diner au Kursaal de Montreux.

Mercredi 7 août : Excursion dans la Gruyère. Réception par l'asile de Marsens (près Bulle). — Dislocation du Congrès.

Le Congrès comprend : 1° Des membres adhérents (docteurs en médecine) ; 2° Des membres associés (dames, membres de la famille, étudiants en médecine, présentés par un membre adhérent). Les asiles qui s'inscrivent au Congrès figurent parmi les membres adhérents. Le prix de la cotisation est de : 20 francs pour les membres adhérents et 10 francs pour les membres associés.

Prière d'adresser sans retard à M. le Dr LONG, secrétaire général du Congrès, 6, rue Constantin, Genève : 1° Les adhésions et le montant des cotisations ; 2° Les titres et résumés des communications. Un programme plus détaillé avec des indications pour les hôtels, excursions, etc., sera envoyé à la fin de juin aux adhérents déjà inscrits et aux médecins qui en feront la demande. Les membres adhérents et associés inscrits recevront en même temps un formulaire à remplir pour les demandes de billets de réduction sur les chemins de fer français (réduction 50 %, durée : 25 juillet-15 août). Ce formulaire avec l'indication du trajet à

parcourir jusqu'à Genève (gare du P. L. M.) devra revenir au Secrétariat général avant le 10 juillet.

SÉQUESTRATIONS ARBITRAIRES.

Sous ce titre « *L'Epouse de Rigo II* », la *Liberté*, du 25 mars, publie une correspondance de Vienne, datée du 22 mars, d'où nous extrayons le passage suivant :

« Le comte Paul de Festettits, père de Mlle Georgina de Festettis déjà à demi-mariée au tzigane Nyary, subit le sort que l'éclat de son infortune ne lui permet guère d'éviter : il est interviewé. « Ce qui se raconte, dit-il, à un journaliste de Budapest, est malheureusement véridique : ma fille épouse un tzigane. J'ai usé de tous les moyens permis pour la retenir, *mais je me suis abstenu de ceux auxquels on recourt volontiers aujourd'hui et que je n'approuve pas. Il est d'usage qu'on* **interne** *dans des maisons de santé les enfants qui font des folies.* Ma fortune, mon influence personnelle, l'influence de ma famille et de mes amis me permettaient de faire sans difficulté la même chose que tant d'autres. Je n'ai pas voulu. Je me suis contenté de dissuader ma fille de son projet ; je lui ai fait dire le nécessaire par un avocat ; quand j'ai vu que sa résolution était prise, je me suis abstenu d'insister ou de recourir à la contrainte. » — Ceci est à rapprocher de la citation d'Eugène Sue de notre n° de février (p. 169).

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ

Dans un accès de folie, Mme Pamplume, de Coulommiers, âgée de 35 ans, femme de l'officier des pompiers de Sablonnières, a assommé à coups de marteau son enfant, âgé de sept mois, qui reposait dans son berceau. L'enfant a succombé à ses blessures. La mère a été dirigée sur l'hospice de Coulommiers.

Le délire de la persécution — Charles Vignaud, brocanteur à Champeuil, près Corbeil, est un alcoolique et un déséquilibré. En proie au délire de la persécution, il importunait, depuis quelque temps, de ses lettres, le procureur de la République, ainsi que le préfet de Seine-et-Oise, leur dénonçant quantité d'individus acharnés à sa perte. Enfin tout dernièrement, il avait déclaré au garde champêtre que puisque les magistrats ne voulaient pas s'occuper de lui, il saurait bien les y contraindre en tuant quelqu'un. Il a tenu parole.

Charles Vignaud passait hier à Ballancourt, trainant sa voiture dans laquelle s'entassaient les marchandises les plus diverses. Deux ouvriers, Léon Voiry et Simon Loiseau, s'amusèrent à lui jouer un bon tour. Chacun d'eux saisit les rayons d'une roue, s'efforçant d'immobiliser le véhicule que le colporteur s'évertuait à traîner. La plaisanterie était innocente. Mais Vignaud se fâcha tout rouge. Il prit, dans sa poche un pistolet et se retour

nant, sans explication aucune, fit feu sur Voiry. Atteint en pleine poitrine, le malheureux ouvrier s'affaissa lourdement sur le sol. Son ami Loiseau, secondé par quelques personnes, le releva le fit panser dans une pharmacie puis le ramena chez lui, où le docteur Duclos vint lui prodiguer des soins. Le praticien ne conserve que peu d'espoir de sauver le blessé. (*La Liberté* du 24 mai).

ENTRE ALIÉNISTE ET ALIÉNÉ.

Un docteur est blessé par un confrère dément, prématurément libéré du cabanon. — Hier matin, 3 juin, à onze heures, aux abords de l'hôpital Saint-Jean, à Bruxelles, un drame s'est déroulé qui a provoqué une émotion énorme par toute la ville,

Le Dr de Bouck sortait. Le Dr de Bouck est professeur à l'Université, chef du service des aliénés, un homme très connu et populaire. Un individu s'approcha, porteur d'un fusil à deux coups et il ajusta le docteur si rapidement, qu'il n'eut pas le temps de se mettre sur la défensive ou de s'effacer. On eut beaucoup de peine, aussitôt l'attentat, à s'emparer du meurtrier, lequel opposa une furieuse résistance, agitant son arme par le canon comme une massue.

Il fut reconnu pour un médecin, lequel, il y a quelques semaines, interné par mesure administrative, avait été incorporé dans le service du docteur de Bouck. Ce dernier récemment avait décidé sa mise en liberté, le jugeant définitivement guéri. Les blessures du docteur ne paraissent pas devoir être mortelles ; mais l'état général de l'infortuné praticien est très sérieux. (*L'Aurore* du 5 juin.)

La Folie. — Un ouvrier graveur en pierres fines, Johannès Jouve, 47 ans, a tué à coups de revolver sa gouvernante, et s'est suicidé en se logeant une balle dans la tête. *Depuis quelque temps, Jouve donnait des signes d'aliénation mentale.*

LES EFFETS DU SPIRITISME.

On écrit de Saint-Calais au Journal de la *Sarthe* (4 mars). Avant-hier, M. Guillaume Claustre, âgé de 33 ans, ouvrier plâtrier chez M. Lelong, est venu à la gendarmerie porter plainte contre son ancien patron, M. Laborde, plâtrier à la Chartre, en disant : « Toutes les nuits, j'entends des voix qui me disent qu'elles vont aller trouver mon nouveau patron pour m'empêcher de travailler. Les paroles qui sont prononcées, je les reconnais pour être celles de M. Laborde. Il me les transmet soit par les rayons X, soit par la pensée. Elles m'ont appris des choses qui ont trait à ma vie que je ne connaissais pas encore, si bien que maintenant je ne suis plus maître de mes idées. Cet état de choses ne peut durer, je vous prie de le faire cesser. » M. Claustre, dont les nuits sont si agitées, est un fervent adepte du spiritisme et lecteur assidu des revues qui concernent cette... science.

Enfants anormaux en France, nombre, modalités cliniques ; assistance ; par Roubinowitch. (*Bulletin médical*, n° 58, 1906.)

C'est la première d'une série de leçons faites par l'auteur sur ce sujet à l'ordre du jour. Des chiffres qu'il cite, il résulte que 4.453 enfants de cette catégorie sont internés dans les asiles d'aliénés et peuvent être considérés comme les plus gravement atteints. Les écoles publiques contiendraient d'après une statistique officielle 31.791 enfants anormaux, arriérés etc., sans compter ceux qui ont échappé à la statistique : il y aurait 1.858 aveugles, 4.349 sourds-muets, 7.984 anormaux médicaux, 14.000 arriérés simples et 3.410 instables. On peut dire, avec Esquirol, « la folie est en germe chez les enfants, il faut donc les traiter pour éviter l'éclosion de cette grave maladie : évidemment, il y a peu de chances de modifier les idiots profonds, les autres peuvent être améliorés et même guéris suivant les modalités cliniques ; les uns doivent être traités dans des internats médico pédagogiques, les autres dans des classes spéciales. Ceux qu'on ne peut utiliser doivent être recueillis dans des garderies. L. Wahl.

Aux termes *Internat médico-pédagogique*, nous préféront ceux d'*Asile-école*. — Les idiots profonds, même les idiots complets peuvent être améliorés à des degrés divers. Un enfant gâteux qu'on rend propre, un enfant invalide auquel on apprend à marcher, un idiot muet auquel on apprend à parler ne peuvent-ils être considérés comme améliorés ? Nous donnons des exemples de ces améliorations dans nos comptes rendus annuels. B.

Asiles publics, privés, maison de santé, quartiers d'hospice.

Au 1er janvier 1907, le nombre des aliénés était le suivant :

Asiles publics	47.926
Asiles privés	16.707
Quartiers d'hospice[1]	7.546
Maisons de santé	1.368
Total	71.547
Placements d'office	56.286
Placements volontaires	15.261
Total	71.547

Discours présidentiel prononcé a la réunion de l'Association médico-psychologique de la Grande-Bretagne et de l'Irlande le 26 juin 1906 ; par M. Robert Jones. (*The Journal of mental Science*, octobre 1906.)

Ce discours est consacré à une étude intéressante de l'évolution de l'aliénation mentale. R. M. C.

FAITS DIVERS

Epilepsie.—Pourquoi a-t-on appelé l'épilepsie *mal de terre*? La réponse est facile. *Terre* n'a pas ici son sens habituel et ne vient pas du latin *terra*, mais de *terror*, terreur. *Mal de terre* signifie *mal de terreur*. On comprend aisément combien les esprits devaient être impressionnés en présence d'un malade atteint d'une crise de haut mal : les convulsions, l'aspect grimaçant de la figure, l'écume des lèvres, devaient frapper l'imagination des assistants et les terroriser. Dans certaines contrées du Midi, on appelle encore l'épilepsie *mau de terrour, mal de terreur*, l'usage a fait supprimer l'*r* final du mot et *terrour* est devenu *terro*. (*Chronique médicale*, 15 avril 1907.)

Apportez un certificat médical... — Un enfant de onze ans, un *innocent*, comme on dit en pays campagnard, un *faible d'esprit*, a été souillé par un monsieur très bien, un satyre à barbe vénérable, à redingote — il s'en trouve — et sa mère, une pauvre marchande, ayant porté plainte à propos de ce crime au magistrat compétent, s'est vu congédier sans autre forme, avec ce mot administratif et imbécile :

— Apportez-moi un certificat médical ? Or, là mère indignée manquait de l'argent nécessaire. Un certificat est consécutif d'ordinaire à une consultation. Et une consultation, cela se paye ?

La semaine passée, une fruitière de la rue d'Orsel (Mme Duchaillod, revenait des Halles centrales, vers neuf heures du matin. Son fils, un garçonnet de onze ans, la suivait en jouant. Survint un vieillard, grand, portant beau, à l'air grave. Une conversation s'engagea entre l'homme et l'enfant. Rue Montmartre, Mme Duchaillod, dans un embarras de voitures, perdit de vue son fils.

Le vieillard en profita pour engager le garçonnet à le suivre. Mme Duchaillod réintégra seule son logis. Deux heures plus tard le petit reparaissait. Il était d'une pâleur extrême, et marchait avec difficulté.

Interrogé, il avoua que le vieillard auguste l'ayant pris à l'écart, l'avait obligé à subir des pratiques qui ne se racontent pas A la suite de quoi, et pour venir à bout du chagrin du pauvret, il l'avait gavé de bonbons et gratifié de six francs en bonne monnaie. La fruitière ne fit qu'un saut jusqu'au prochain commissariat. On l'y accueillit comme nous l'avons dit, en dépit de son insistance. Est-il besoin de commentaires après ce récit? (*L'Aurore*, 1er mai). — D'où la nécessité d'hospitaliser les *innocents*.

Les drames de la folie. — Un fabricant de meubles, très honorablement connu, de la rue de l'Hôtel-de-Ville, dans le quar-

tier Saint-Merri, Léon Blondel, quinquagénaire, à la suite de différents revers de fortune, avait le cerveau quelque peu détraqué. Mais jusqu'ici, sa famille n'avait pas cru devoir consulter un spécialiste. Hier matin, à 9 heures, au cours d'une crise subite de folie aiguë, M. Blondel s'arma d'un revolver de fort calibre et, abaissant son arme, il fit feu à six reprises sur sa femme. Heureusement, Mme Blondel ne fut blessée que légèrement à l'épaule droite, et parvint à gagner la porte.

Resté seul, le dément entassa des meubles au milieu de la salle à manger et y mit le feu. Mais, à ce moment, les voisins accouraient en foule et, après une lutte acharnée, le pauvre fou fut maîtrisé et garroté, puis dirigé sur l'infirmerie spéciale du Dépôt. L'état de Mme Blondel est aussi satisfaisant que possible. (*L'Aurore* 6 mai.) — D'où vient la nécessité d'hospitaliser et de traiter les aliénés dans l'intérêt des personnes... et de la propriété.

ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — Un arrêté ministériel en date du 28 mars, a nommé au poste de médecin en chef à l'asile public d'aliénés de Ville-Evrard M. le Dr BOUDRIE, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Maison-Blanche. Par un arrêté du 16 avril 1907, le Dr Boudrie, médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Ville-Evrard (Seine-et-Oise), est maintenu dans la classe exceptionnelle du cadre. Il continuera à recevoir, en conséquence, à dater du jour de son installation, outre le logement, le chauffage et l'éclairage dans l'établissement, le traitement de 8,000 fr. déterminé par le décret du 19 octobre 1894.

DÉLIRE MACABRE. — Un habitant de la rue Saint-Allian près Poanne, nommé Clairet, devenu fou subitement, était hanté par l'idée de voir les cadavres de deux enfants qu'il avait perdus. La nuit dernière, on le surprit au cimetière au moment où il déterrait les corps de ses enfants. Le pauvre fou a été enfermé dans un asile. (*La Liberté*, du 23 mai).

SUICIDE D'UN ADOLESCENT. — Lucien Godefroy, groom de quatorze ans, avait été renvoyé, hier, par une rentière de la rue Godot-de-Mauroy, où il était en service. N'osant pas rentrer chez ses parents, il se jeta dans la Seine au pont de la Concorde. Deux fonctionnaires de la Compagnie générale des Bateaux-Parisiens, MM. Durand et Garret, ont pu le repêcher. (*La Liberté* du 15 avril).

SUICIDE D'ENFANTS. — Le jeune Jean Prigent, de Brest dix ans, s'est pendu à une branche de chêne. On en ignore le motif, (*Le Journal*, 6 avril 1907).

SUICIDES D'ADOLESCENTES. — *Le poids de la règle.* — Saint-Pétersbourg. — Deux fillettes de douze et quatorze ans, Nadège fille du général Koudaourof, et Olga Zavenkof, élèves de l'institut des demoiselles nobles de Smolna, à Saint-Pétersbourg, se

sont précipitées samedi par la fenêtre du troisième étage de l'institut. La première se couvrit la tête d'un drap, avant de s'élancer dans le vide ; elle tomba sur le balcon de l'étage inférieur et mourut peu après. Mlle Olga Saviekof se blessa légèrement.

Dans une lettre préparée, les désespérées annonçaient leur détermination. La règle sévère de l'institut contrariait leurs caractères indépendants et leurs idées libérales ; elles avaient été punies récemment pour la lecture de brochures révolutionnaires (L'*Aurore* du 28 avril.)

Un drame de la folie. — *Upsal* (Suède). — Hier, dans un accès de folie mystique, un malade en traitement à l'*hôpital* a tué trois autres malades et en a blessé grièvement un quatrième. Ce fait est emprunté à la *Liberté* du 18 mars. La place de ce malade n'était pas à l'*hôpital*, mais dans un *asile d'aliénés*.

Agrégation. — Deux médecins-adjoints des asiles viennent d'être nommés agrégés (Section de Médecine), M. le Dr Lépine, fils de notre ami, le professeur Lépine, médecin-adjoint de l'Asile de Bron, pour la Faculté de Lyon ; — M. le Dr Raviart, médecin-adjoint de l'asile d'Armentières, notre collaborateur, pour la Faculté de Lille.

Le couvent d'Equesrmes abritera désormais des aliénés et des enfants assistés. — La commission du Conseil général du Nord a décidé d'affecter l'ancien couvent d'Esquermes, habité précédemment par les dames Bernardines, à un hôpital d'aliénés, et au dépôt des Enfants-Assistés. (L'*Aurore*, 6 juin.)

Hospice de Bicêtre. *Fondation Vallée.* — Bourneville. *Visite* du service (gymnastique, travail manuel école et présentation de malades) le samedi à 10 h. très précises. *Consultations médico-pédagogiques*, gratuites pour les enfants *indigents* atteints de *maladies du système nerveux*, le jeudi à 9 h. 1/2. — On peut se rendre à la Fondation par les tramways de Montrouge, par les tramways de la Porte d'Orléans à Vincennes (Métropolitain) ; *arrêt* route de l'Hay. La Fondation est à 500 mètres de cet Arrêt.

Hospice de la Salpêtrière. *Maladies mentales* — M. le Dr Deny, dimanche à 10 heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Dubuisson. — **Rapport sur l'Asile public d'aliénés de la Haute-Garonne en 1907.**

Montreuil. (M). — **Les hôpitaux et les écoles d'infirmières de**

Londres. 10e volume de la bibliothèque de l'infirmière. Broch. de 53 pages. in-16 Prix.. 0.50

MOREL ET A. MARIE. — **Memento de l'infirmier d'asile.** Suivi des *Instructions concernant l'organisation du service médical de la maison de santé de Ville-Evrard et les soins à donner aux personnes atteintes de maladies mentales,* par les Drs, P. SÉRIEUX et R. MIGNOT. Vol. grand in-8. Prix: 3 fr. 60. Pour les abonnés du *Progrès Médical* et des *Archives de Neurologe* 2 francs ; *franco,* 2 *fr.* 60.

REVUE PHILOSOPHIQUE DE MAI 1907. — Sommaire du no de mai 1907 (32e année). B. BOURDON. La perception du temps. — DUPRAT La spatialité des faits psychiques. — Th. RIBOT. Sur une forme d'illusion affective. — ROGUES DE FURSAC. Notes de psychologie religieuse ; les conversions. — Analyses et comptes rendus. — Revue des périodiques étrangers. — Livres nouveaux. Abonnement, du 1er janvier ; Un an, Paris, 30 fr. ; départements et étranger, 33 fr. La livraison. 3 fr. Félix Alcan, éditeur, 108, boulevard Saint-Germain, Paris (6e).

G. ROUMA. — L'organisation de cours de traitement pour enfants troublés de la paróle. Brochure de 170 pages. W. Engelmann, (éditeur, à Leipzig).

AVIS A NOS ABONNES. — *L'échéance du 1er juillet étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement cesse à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser le montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 °/o prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur **sera présentée augmentée des frais de recouvrement,** *à partir du* **15 juillet.** *Nous les engageons donc à nous envoyer* **de suite** *leur renouvellement par un mandat poste.*

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la BANDE de leur journal.

— Nous rappelons à nos lecteurs que l'abonnement collectif des **Archives de Neurologie** *et du* **Progrès Médical** *est réduit à* **28 francs** *pour la France et* **30 francs** *pour l'Etranger.*

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

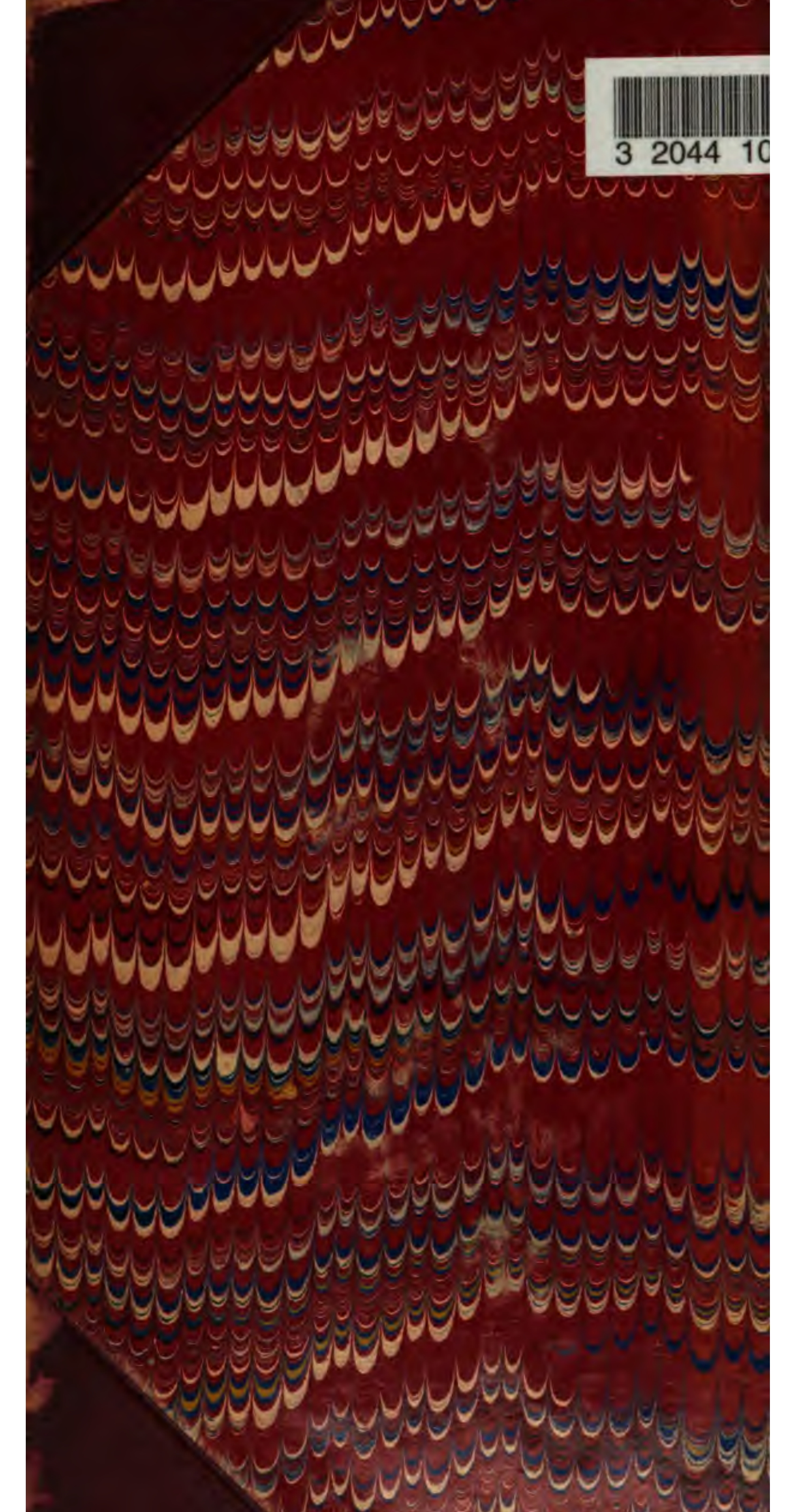
Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères et Thiron.

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES AUTEURS ET DES COLLABORATEURS

Clermont (Oise) — Imprimerie Daix frères et Thiron.




3 2044 10